Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 7 lutego 1880. **№ 6.** Rok XIX.

I. Z zakładu fizyjologicznego prof. Dra Piotrowskiego w Krakowie.

Inhalacyje rozpylonych płynów jako sposób wprowadzania leków do miąższu płucnego.

Studyjum doświadczalne

Dra **Stanisława Smoleńskiego.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 5).

Dośw. VII. Inhalacyja trwała 15 min., 5% rozczyn żel. pot., królik w postawie pionowéj. W płatach dolnych wszędzie dość silna reakcyja, słaba w większych oskrzelach płatów górnych, w szczytach płatów górnych nie ma żadnego oddziaływania.

Dośw. VIII. Postępowanie toż samo. Rezultat taki sam, w górnych płatach, z wyjątkiem początków prowadzących do nich oskrzeli, żadnéj reakcyi.

Aby się przekonać, czyby przez stósowne ułożenie królika podczas inhalacyi nie można doprowadzić płynu do płatów górnych, w następnych dwóch ostatnich doświadczeniach układałem królika na boku, z obniżoną nieco przednią częścią ciała. Sekcyja w tém samém położeniu.

Dośw. IX. Królik na boku prawym, inhalacyja 15 min., 5% rozcz. żel. pot. Wynik badania: lewe płuco — płat dolny okazuje dość słabą reakcyję, płat górny żadnéj, prawe płuco: płaty dolny i środkowy oddziaływają wyraźnie, górny nawet w samym szczycie dość wyraźnie.

Dośw. X. Królik na lewym boku. Inhalacyja 15 min. Wynik badania: prawe płuco — dolny i środkowy płat oddziaływają dość słabo, górny wcale nie, lewe płuco: w płacie dolnym reakcyja dość wyraźna, w górnym również dostrzegalna ale znacznie słabiéj niż w płacie górnym prawym w dośw. IX.

Zestawiając wyniki 10 naszych doświadczeń powiedzieć można:

1) Z cieczy użytéj do inhalacyi bardzo znaczna część ginie bezużytecznie, jużto rozpryskując się w powietrzu, już to osiadając na policzkach, wargach itd.

2) Z niewielkiéj stosunkowo ilości dostającéj się do jamy ustnéj przeważna część osiada na jéj błonie śluzowéj i na tylnéj ścianie połyku i bywa w wielkiéj części połknięta.

3) Co się tyczy ilości dostającéj się po za szparę głosową, oraz głębokości, do jakiéj ciecz wziewana dochodzić może, to różróżnić należy: *a)* czy królik oddycha podczas inhalacyi przez nos (mimo rozwarcia pyszczka); *b)* czy téż zmuszony jest skutkiem zatkania nozdrzy oddychać przez gębę.

W pierwszym razie płyn wziewany przez królika w postawie pionowéj dostaje się tylko wyjątkowo do początku trzeciorzędnych oskrzeli, przy położeniu zaś na boku zaledwie do oskrzeli głównych.

W drugim zaś razie płyn wziewany, jeśli królik oddycha w postawie pionowéj, dochodzi do samego miąższu płuc z wyjątkiem płatów górnych; przez odpowiednie jednak ułożenie królika podczas inhalacyi można pewną ilość płynu wprowadzić i do płatów górnych; w tym celu chcąc, aby płyn doszedł do szczytu prawego trzeba, by królik wziewał leżąc na boku prawym i na odwrót. Przy położeniu na boku prawym łatwiéj się dostaje płyn do szczytu prawego niż do lewego przy położeniu na boku lewym.

Z uwagi, że znaczna część płynu wziewanego zostaje połkniętą, inna zaś w pewnéj przynajmniéj ilości musi w jamie ustnéj uledz wessaniu (zob. Karmel, *Die Resorptionsfähigkeit der Mundhöhle, Deutsches Arch. f. klin. Med. 1874)* można powiedzieć, że za pomocą wziewań możemy równocześnie wprowadzić do ustroju pewną część ciała rozpuszczonego przez przewód pokarmowy, a zarazem stósować go bezpośrednio na miąższ płucny.

Sądzę, że nie będzie od rzeczy zastanowić się jeszcze pokrótce nad tém, jak sobie wytłumaczyć wypadki naszych doświadczeń, tudzież o ile takowe zastósować się dadzą do człowieka.

Zbyteczna tu rozbierać nader proste działanie przyrządów inhalacyjnych. Wiadomo, że prąd pary wodnéj wydobywający się z kociołka rurką poziomą porywa zwierzchnie warstewki cieczy (leku), wznoszącéj się w rurce pionowéj i roz-

pryskując je unosi ze sobą. Aby ciecz ta unosiła się z parą a nie opadała na dół, konieczną jest oczywiście pewna siła prądu, który też im więcéj napotyka w drodze przeszkód, tém bardziéj się osłabia, tém też mniéj może ze sobą unosić rozpylonéj cieczy. O tém bardzo łatwo przekonać się można przeprowadzając prąd pary wodnéj, unoszący ze sobą rozpylony rozczyn żelasinku potasu, przez rozmaitéj szerokości i długości rurki szklanne. Jeżeli na wydobywającą się z wolnego końca takich rurek parę wystawiać będziemy pręcik zwilżony rozczynem półtorachlorku żelaza, to przekonamy się, że im rurka jest dłuższą lub węższą, a zwłaszcza im pod ostrzejszym kątem jest zagiętą, tém rychléj i zupełniéj para wodna pozbywa się żelasinku potasowego. Prąd pary wodnéj przeprowadzony przez rurkę szklaną o średnicy 0·5 cm., zagiętą pod kątem 45 stopni, któréj ramiona wynoszą około 10 cm., nie daje już wcale reakcyi, gdyż wszystek rozczyn żelasinku potasu osiada na ścianach rurki, skąd co chwilę musi być wylewany, bo w przeciwnym razie tamuje zupełnie przepływ pary wodnéj; te same rezultaty dają rurka kilkanaście cm. długa, wężykowato lekko pogięta. Daléj jeżeli np. w pewnych warunkach wolny prąd pary wodnéj unosi żelasinek potasowy na 80 cm., to skoro przeprowadzimy go przez lejek zwykle do przyrządu Sieglego dodawany (otwór węższy lejka posiada średnicę 1·5 cm., szerszy 5 cm., długość lejka 10 cm.), zaledwie w odległości 40 cm. znajdziemy jeszcze żelasinek potasu. Przyczyny tego opadania cieczy nie można upatrywać jedynie w niskiéj cieplocie rurek, gdyż i po ogrzaniu takowych prawie taki sam otrzymujemy rezultat.

Podobne warunki znajdujemy i przy inhalacyi. I tu z jednéj strony para wodna stykając się z ciepłotą niższą ciała po części się skrapla a więc traci na sile prądu, z drugiéj zaś zanim dojdzie do szpary głosowéj napotyka na tak liczne mechaniczne zawady w jamie ustnéj, w połyku, krtani itd., że część pary wodnéj, która przebyła szparę głosową, musi już mało zawierać rozpylonéj cieczy, a i z téj znów równie jak na ścianach szklanych rurek musi osiadać dużo na ścianach oskrzeli.

Ale trzeba tu wziąść także na uwagę wpływ prądu powietrza wdychanego czyli siłę ssącą płuc podczas wdechu. Nie można bowiem zaprzeczyć, że prąd ten porywając ze sobą parę wodną, musi też sprzyjać głębszemu dostawaniu się rozpylonéj cieczy do narządu oddechowego. I ta jednak siła nie może cieczy unieść daleko. Prąd powietrza wdechanego nie jest stały lecz przebiega z chyżością zwalniającą, ponieważ w miarę oddalania się od dolnego końca tchawicy suma poprzecznych przecięć poszczególnych dróg oddechowych coraz bardziéj się zwiększa; im głębiéj zatém w płucach, tém prąd powietrza wdychanego jest słabszy, tém korzystniejsze zatém istnieją warunki do opadania cieczy w nim zawieszonéj. Ale siła ssąca płuc nareszcie zupełnie się wyczerpuje na wysokości wdechu, aczkolwiek powietrze na początku tego samego wdechu wciągnięte bynajmniéj nie doszło jeszcze do najdrobniejszych dróg oddechowych, lecz tylko uzupełniło tę część powietrza, która po najgłębszym wydechu w płucach pozostaje. „Tylko u noworodka przy pierwszym wdechu powietrze atmosferyczne aż do pęcherzyków płucnych dochodzi“ (Piotrowski, Fizyjologija I. 379), następnie zaś dochodzi już tylko do powietrza zawartego w płucach w końcu wydechu (*Residualluft*), z którém drogą wzajemnego przenikania się podczas następnych ruchów oddechowych dostaje się coraz głębiéj. Rzecz prosta, że gdzie już zupełnie lub prawie zupełnie ustał mechaniczny prąd powietrza wdychanego, tam też i wszelka ciecz zawieszona w témże powietrzu opadać musi.

Jakim jednak sposobem dostaje się takowa w pewnych warunkach do pęcherzyków płucnych? Z doświadczeń naszych wynika dowodnie, że to się dzieje drogą mechanicznego spływania cieczy po ścianach oskrzeli. Widzieliśmy bowiem, że płyn wziewany dochodził prawie tylko do najniższych części płuc (w postawie królika pionowéj do płatów dolnych i środkowego prawego, w położeniu na boku do płuca niżéj położonego a nawet do szczytu odpowiedniego płuca).

Wpływ więc prądu powietrza na ciecz wziewaną nie ulega wprawdzie wątpliwości, ale ogranicza się on tylko do początku narządu oddechowego aż do większych oskrzeli; gdzie prąd ten jest jeszcze silny, tam może porywać ciecz do pewnego stopnia nawet wbrew prawu ciężkości, jak świadczy reakcyja w początkach oskrzeli płatów górnych przy pionowéj postawie królika podczas inhalacyi i sekcyi. W dalszym przebiegu oskrzeli płatów górnych ciężar cieczy przemaga nad siłą prądu powietrza, to też już daléj w tych warunkach ciecz dostać się nie może. Przy położeniu zaś na boku kierunek siły ciężkości zbliża się do kierunku prądu powietrza, skutkiem czego łatwiéj ciecz do płatów górnych dochodzić może. Toż samo rozumie się o płatach dolnych, gdzie prócz siły prądu powietrza wdychanego zależy to przeważnie od ułożenia królika, ile i jak głęboko ciecz dochodzi. Szczegół w doświadczeniach naszych kilkakrotnie stwierdzony, że przy pionowéj postawie królika wybitniejsza zazwyczaj powstawała reakcyja w dolnych częściach płuca prawego niż lewego, polega prawdopodobnie na tém, że oskrzel prawy, jak to wbrew utartym wyobrażeniom wykazuje Aeby (*Die Gestalt des Bronchialbaumes und die Homologie der Lungenlappen. Medic. Centralbl.* 1878 Nr. 16) przynajmniéj u człowieka przebiega więcéj pionowo niż lewy, przez co lepsze istniałyby w oskrzelu warunki dla spływania cieczy, — tudzież że w oskrzelu tym (także stosunkowo szerszym, Sée, *Du calibre de la trachée et des bronches, Bulletin de l' Acad. de médecine. 2. Serie.* t. 7. Nr. 17) istnieje też prawdopodobnie silniejszy prąd powietrza. Czy dla tych samych przyczyn w doświadczeniach naszych łatwiéj dostawała się ciecz do szczytu prawego przy położeniu królika na boku prawym niż do szczytu lewego, gdy królik leżał na boku lewym, lub też było to tylko przypadkowém, nie umiem rozstrzygnąć.

Zebrawszy to co się rzekło powyżéj, można do trzech poprzednich prawideł dodać:

4) Ilość płynu i głębokość, do jakiéj tenże dochodzi do narządu oddechowego, zależy przeważnie od mechanicznego spływania tegoż po ścianach dróg oddechowych a w większych oskrzelach także i od prądu powietrza wdychanego; z tego znów wynika, że od ułożenia królika w znacznéj części zawisło, do któréj części płuc ciecz dostać się może.

Czy jednak wypadki naszych doświadczeń można zastósować i do człowieka?

Nie ulega wątpliwości, że u człowieka z powodu większéj przestronności jamy ustnéj (o większéj przestronności otworu ustnego już nie mówię, gdyż przez sztuczne rozszerzenie tegoż u królika warunki te w naszych doświadczeniach zostały mniéj więcéj zrównoważone), większéj szeroko-

ści szpary głosowej, tchawicy i oskrzeli, tudzież z powodu większéj zazwyczaj siły wdechowéj więcéj niż u królika dostać się winno płynu rozpylonego do pierwszych dróg oddechowych. Trzeba jednak z drugiéj strony wziąć na uwagę, że inhalacyja nie może zazwyczaj u człowieka być stosowaną tak długo jak w naszych doświadczeniach, że chory jako więcéj drażliwy już z większych dróg oddechowych częstokroć płyn wziewany musi odkrztuszać, że nareszcie o ile szerokość dróg oddechowych może stanowić warunek korzystny dla głębszego dostawania się cieczy, o tyle ich długość musi się przyczyniać do osadzania się płynu na ścianach tchawicy i oskrzeli. Warunki zatém są mniéj więcéj jednakie, godzi się więc przypuścić, że i wyniki inhalacyj będą u człowieka podobne jak w naszych doświadczeniach; sposób zaś, w jaki ciecz dostaje się do pęcherzyków płucnych, jako oparty na prawach fizycznych, musi być taki sam, tj. tak jak u królika ciecz wziewana ulega przedewszystkiém prawom ciężkości a w większych oskrzelach i prądowi powietrza wdychanego, który jednak sam przez się żadną miarą nie może cieczy téj doprowadzać aż do najdrobniejszych oskrzeli i pęcherzyków płucnych.

Inne jest pytanie, czy u suchotników (bo takich tu chorych przeważnie mam na myśli) można zawsze tak znaczną ilość cieczy wprowadzić do pierwszych dróg oddechowych, aby takowa spływając po ścianach oskrzeli mogła się jeszcze w dostatecznéj ilości dostać do miąższu płucnego. Przypominam w tym względzie przypady postrzegane podczas inhalacyj u królika. Występujące w krótkim czasie charczenie, oddech nieraz bardzo znacznie utrudniony i mozolny skutkiem, że tak powiem, sztucznego obrzęku płuc, nie mogłyby dla chorego być obojętnemi, jak to zresztą stwierdzają postrzeżenia D r a s c h e g o (l. c.), według którego chorzy najczęściéj podczas inhalacyi doznawali duszności, braku powietrza, a nawet objawów zaduszenia, że pominę wiele innych mniéj lub więcéj ważnych nieprzyjemnych przypadów ubocznych. Trzeba tu także zważyć nadzwyczajne nieraz przeszkody, na jakie prąd wziewanéj cieczy napotykać może w płucach dotkniętych pewnemi postaciami suchót płucnych. Ścieśnienie światła oskrzelików przez otaczający naciek zapalny, nagromadzenie w nich wypociny, unieruchomienie niejako dotkniętego sprawą chorobową miąższu płucnego podczas ruchów oddechowych, osłabienie mięśni oddechowych itp. okoliczności utrudniają w wysokim stopniu należyty przewiew płuc, a tém samém mogą stać na zawadzie dostawaniu się wziewanego płynu do miąższu płucnego. To samo powiedzieć można o wielkich jamach rozpadowych o ścianach zbitych i niepodatnych, w których bardzo niedostateczna tylko może istnieć odnowa powietrza; najkorzystniejsze jeszcze warunki mogą przedstawiać jamy komunikujące z większym oskrzelem, po którego ścianach łatwiéj ciecz wziewana spływać może. Mimo to nie wątpię, że w pewnych przynajmniéj postaciach suchót płucnych inhalacyje leków płynnych jako sposób stósowania takowych bezpośrednio na schorzały miąższ płucny mogą się okazać bardzo praktycznemi.

Znajomość prawideł, według których płyny wziewane dostać się mogą do miąższu płucnego, oraz warunków do tego niezbędnych, może lekarzom dać pewne wskazówki, jakby można lokalizować poniekąd działanie leku do pożądanéj części płuc. Ponieważ np. sprawa suchotnicza płuc rozpoczynać się najczęściéj zwykła w płatach górnych, pożądaném by było, aby wziewany lek płynny w jak największéj ilości dochodzić mógł do szczytów płucnych; tymczasem, jak to wynika z naszych doświadczeń, przy zwykłym sposobie inhalacyj, tj. w postawie siedzącéj lub stojącéj chorego, lek wziewany dochodzić może zaledwie do początków oskrzeli prowadzących do płatów górnych (przenosząc wypadki nasze wprost na człowieka). Doświadczenia nasze IX i X mogłyby tu dać pewne wskazówki, czyby w celu doprowadzenia leku wziewanego do płatów górnych nie powinien chory wziewać leżący i to gdyby szło o szczyt prawy na boku prawym, gdy o lewy na boku lewym, z lekkiém obniżeniem górnéj części tułowia. Sądząc analogicznie można również przypuścić, że gdyby szło np. tylko o płat dolny płuca prawego, możnaby układając chorego podczas inhalacyi na boku prawym z podniesionym nieco tułowiem doprowadzić do płatu tego dostateczną ilość leku oszczędzając mniéj więcéj resztę płuc.

Przekracza to już wprawdzie właściwy zakres niniejszéj pracy, ale pozwolę sobie wyrazić na tém miejscu swe przekonanie, że nie wszystkie przypadki suchót płucnych bez względu na ich przyrodę, okres itp. nadawać się winny do leczenia za pomocą inhalacyj rozpylonych leków płynnych. Prócz leku, a dotąd wszystkie proponowane są nader wątpliwéj wartości, chory wdycha ciepłą parę wodną; wiadomo zaś, że w pewnych postaciach suchót płucnych wilgotne ciepło może znacznie przyspieszyć rozpad nacieków serowatych. Że zresztą niektóre postacie suchót płucnych mogą bardzo utrudniać a nawet wręcz uniemożebniać dostawanie się wziewanego płynu do pożądanéj części miąższu płucnego, mówiłem już powyżéj. Sądzę, że wszystkich przypadków suchót płucnych nigdy nie będzie można, jak się to dziś stało tu i owdzie modą, leczyć w czambuł za pomocą inhalacyj leków płynnych, choćby leki te w przyszłości na większe zasługiwały zaufanie, niż wszystkie dotychczas ze stanowiska nieuzasadnionéj teoryi zachwalane. Które postacie suchót płucnych do takich inhalacyj nadawać się winny a które nie, należy do zadań klinicznych.

W końcu namienić wypada, że wyniki wziewań środków płynnych nie mogą się o wiele różnić, czy użyjemy do inhalacyj przyrządu S i e g l e g o, lub innéj jego odmiany; wszelkie bowiem różnice i modyfikacyje w budowie dotychczasowych przyrządów inhalacyjnych dotyczą tylko szczegółów mniejszéj doniosłości. Można wprawdzie powiedzieć, że powiększony przyrząd S i e g l e g o, jakiego np. używał do swych doświadczeń S c h o t t e l i u s, z większą siłą wyrzucać może prąd pary wodnéj, i ta wszakże zaleta nie może znacznie wpływać na wyniki inhalacyj. Najgorsze muszą być oczywiście te „u l e p s z e n i a“ przyrządów inhalacyjnych, które przyczyniają się do osłabienia prądu pary wodnéj i ułatwiają opadanie rozpylonego płynu, zanim się dostanie do jamy ustnéj; do takich zaliczam przyrząd jednego z lekarzy warszawskich, który przeprowadza prąd pary wodnéj, unoszącéj rozpylony lek płynny, przez długą cewę kauczukową, pilnie oziębiać się mającą. Przyrząd ten znam tylko z opisu, ale można być pewnym, że przez cewę długą, a do tego oziębianą, bardzo tylko mało a może i nic nie dochodzi leku do jamy ustnéj (chyba o ile się z cewy do ust wyleje), gdyż wszystek lek ze znaczną częścią pary wodnéj skroplić się musi na ścianach rury. Nawet przeprowadzanie prądu pary przez używany zazwyczaj lejek szklany, o ile czyni inhalacyję mniéj nieprzyjemną, gdyż zapobiega rozpryskiwaniu się płynu na twarz chorego, o tyle z pewnością przyczynia się do zmniejszenia ilości leku dostającego się do jamy ustnéj, a więc i do narządu oddechowego; ta część bowiem leku, któ-

ra bez użycia lejka rozpryskałaby się po twarzy i odzieży chorego, osiada w razie użycia lejka po większéj części na jego ścianach i spływa do jamy ustnéj lub na ziemię; prócz tego lejek przyczynia się o tyle do uszczuplenia płynu dostającego się do narzadu oddechowego, o ile osłabia jakeśmy widzieli prąd pary wodnéj i o ile światło jego jest węższe od otworu ustnego. Jeżeli chcemy użyć lejka, to tenże winien być możliwie szeroki i krótki. Najkorzystniéj w zasadzie byłoby wziewać bezpośrednio; w celu zapobieżenia nieprzyjemnemu rozpryskiwaniu się płynu, możnaby użyć maski. Przyciskanie języka ku dołowi a lepiéj wyciąganie, mierne przechylenie głowy ku dołowi a przedewszystkiém baczenie, by chory oddychał ustami nie nosem (gdyby tego nie umiał trzebaby nos zatkać) i wykonywal głębokie ruchy oddechowe, są to zabiegi bardzo ważne, gdyż zmniejszają zawady, na jakie prąd pary napotyka i umożebniają dostawanie się większéj ilości leku płynnego do dróg oddechowych.

II. Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj krakowskiéj z lat czterech (tj. od roku szkolnego 1874/5 do r. sz. 1878/9).

II.

Choroby narządu oddechowego.

IV. Suchoty i gruźlica.

Opracował Dr. St. Ponikło,
Asystent kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 5).

Powikłania. Co do powikłań, uwzględnimy tylko historyje chorób tych przypadków, które zakończyły się śmiercią, które zatém we wszystkich szczegółach stwierdzone zostały oględzinami pośmiertnemi. Liczba tych przypadków wynosi 31.

1) Zmiany chorobowe krtani, tchawicy i większych oskrzeli wikłały się z pierwotném cierpieniem płuc w 11tu przypadkach, czyli w 35%. Najczęstszą zmianą (w niektórych przypadkach obok innych zmian) były mniéj lub więcéj rozległe owrzodzenia błony śluzowéj tylnéj ściany krtani tuż po nad miejscem uczepienia więzadeł głosowych. Udowodniono je w 7miu przypadkach.

W dwu przypadkach wykazano owrzodzenia brzegów i tylnéj ściany nagłośni, w jednym przypadku znachodził się wrzód podłużny wzdłuż samego więzadła prawdziwego prawego.

W 2u przypadkach zmiana chorobowa krtani i tchawicy polegała głównie na nadmiernym przeroście błony śluzowéj która z błoną podśluzową zlewała się w jednolitą, na rozkroju białawo-szaro zabarwioną, twardą, chrząstkowatą tkaninę. Powierzchnia błony śluzowéj była pokryta licznemi wybujałościami guzkowatemi, pomiędzy któremi liczne okrągłe lub podłużne ubytki tkaniny. Więzadła głosowe również zgrubiałe bezkształtne, pokryte podobnemi wybujałościami. Zmiana zajmowała błonę śluzową całéj krtani i tchawicy aż do głównych oskrzeli w obu przypadkach [1]).

Zapalenie ochrzęstnéj chrząstek nalewkowych z następowém ogołoceniem i częściowém obumarciem chrząstek postrzeżono w dwu przypadkach; w jednym przypadku w ten sposób schorzałą była część chrząstki pierścieniowéj.

W czterech przypadkach znachodziły się rozległe zmiany chorobowe w tchawicy i oskrzelach 1go rzędu, polegające na rozległém zapaleniu błonicowém błony śluzowéj: prawie cały obszar błony śluzowéj był naciekły masą brudno-szarą, z trudnością dającą się oddzielić od błony śluzowéj, nadto w licznych miejscach znachodziły się różnokształtne owrzodzenia.

Głębsze zmiany chorobowe krtani i tchawicy pojawiały się w naszych przypadkach przeważnie w okresie późniejszym cierpienia pierwotnego płuc; w 2u przypadkach jednak chorzy podawali przypady krtaniowe, jak chrypkę, bolesność przy mówieniu, utrudnione połykanie (z powodu schorzenia tylnéj ściany) jako pierwsze objawy, które zwróciły ich uwagę. W obu przypadkach wykazano za pomocą badania wziernikowego dość znaczne zmiany chorobowe, jak wrzody na tylnéj ścianie, połączone z obrzmieniem nagłośni i więzadeł, w jednym przypadku z porażeniem jednego z więzadeł, gdy badanie fizyczne klatki piersiowéj nieznaczne tylko zmiany w szczytach wykazało, a przypadów podmiotowych znaczniejszych nie było. Zbyt mało mamy danych, aby się zastanawiać, ażali przypadkiem zmiany chorobowe krtani w tych przypadkach nie mogły być pierwotnemi, lecz musimy w każdym razie orzec, że rozwinęły się w bardzo wczesnym okresie zmian chorobowych w płucach.

2) Inne powikłania ze strony narządu oddechowego były następujące: w 2u przypadkach świeże zapalenie włóknikowo-surowicze opłucnéj, w 1ym przypadku otorbiona wypocina opłucnowa ropiasta po stronie prawéj, a w jednym przypadku odma klatki piersiowéj z następowém rozwinięciem się zapalenia opłucnéj z wypociną surowiczą! Nie wspominamy tu o powikłaniach nadzwyczaj częstych, jak o zapaleniu opłucnéj zlepném z wytworzeniem się zrostów łączno-tkankowych, lub o miejscowém ograniczoném rozsianiu gruzełków na opłucnéj lub w miąższu płucnym około ognisk sérowatych, gdyż zmiany te nieomal przy oględzinach pośmiertnych każdego suchotnika znaleść można.

Nadto znaleziono w dwu przypadkach ślady obfitych krwotoków z jam, które były bezpośrednią przyczyną śmierci.

3) Zmiany chorobowe jelit znaleziono w 23ch przypadkach czyli w 74% ogólnéj liczby. W 7u z tych przypadków ograniczala się zmiana chorobowa do obecności mniéj lub więcéj licznych obrzęków gruczołów odosobnionych tak na błonie śluzowéj jelita biodrowego jak grubego, tudzież kępek Peyera; obok tego znachodziły się liczne wrzodziki okrągłe, wielkości od 1—3 milim. o brzegach zgrubiałych nieco podminowanych, lecz gładkich, w niektórych miejscach

[1]) Forma ta schorzenia krtani i tchawicy w przebiegu suchót płucnych jest ciekawą ze względu na zmiany histologiczne. Sprawozdawca miał sposobność badania krtani w obu przypadkach i znalazł: 1) znaczne nacieczenie komórkami wypocinowemi całéj warstwy błony śluzowéj, najobfitsze tuż pod przybłonkiem, gdzie tworzą się drobne wybujałości, złożone z tkanki zupełnie równorzędnéj, zwykłéj ziarninie jaka się tworzy np. podczas zabliźniania się wrzodów i ran. Wybujałości te wątłe, mało unaczynione rozpadają się bardzo rychło, tworząc drobne, nieregularne owrzodzenia, na których dnie rychło się tworzą nowe wybujałości ziarninowe, które w krótce ten sam los spotyka itd. Wśród komórek wypocinowych znachodzą się tu i owdzie komórki olbrzymie. 2) W błonie podśluzowéj również obfity naciek komórkowy, w wielu miejscach poczynający się przeistaczać w młodą tkankę łączną. 3) Czasem w błonie podśluzowéj twory odpowiednie gruzełkom prosowatym. Cała sprawa ma cechę gnuśno rozwijającego się zapalenia ziarninowego, wielce podobnego do zapaleń ziarninowych stawów przez Billrotha opisanych *(arthritis fungosa, tumor albus)*.

można było postrzedz kilka takich wrzodzików torebkowych tuż obok siebie, poczynających się zlewać w jeden wrzodzik większy. Gruczoły karkowe były miernie powiększone, soczyste, kruche, w kilku przypadkach poczynające ulegać przeistoczeniu serowatemu (*ulcera follicularia*).

W reszcie przypadków, tj. 16 zatém 50% ogólnéj liczby, przedstawiała błona śluzowa jelita biodrowego, po części i grubego rozległe owrzodzenia różnokształtne o dnie zasianém gruzełkami prosowatemi, przyczém otrzewna odpowiadająca dnom wrzodów przedstawiała bardzo często obraz miejscowéj gruźlicy prosowatéj. W dwu z tych przypadków wrzody znajdowały się wyłącznie w jelicie grubém; w jelicie biodrowém nie było ich zupełnie (*ulcera tuberculosa*).

W 3ch przypadkach przedstawiało jelito grube obraz zapalenia dławcowo-błonicowego: błona śluzowa zajętych miejsc, najwięcéj w zakrzywieniu esowatém i odbytnicy, raz także w dolnéj części jelita biodrowego, była jak gdyby polana masą brudno-szaro-żółtą, dającą się tu i owdzie oddzielić od przekrwionéj i przybłonka pozbawionéj powierzchni, w innych miejscach głębiéj w miąższ błony śluzowéj wnikająca; wśród tego znachodziły się liczne drobne nieregularne owrzodzenia. Zmiana ta była rozpoznaną we wszystkich przypadkach i cechowała się przypadami, właściwemi czerwonce, jak parciem na stolec tudzież obecnością stolców śluzowo-ropnych z domieszanemi strzępkami masy zgorzelinowéj i krwi, występowała zawsze jako sprawa końcowa.

We wszystkich przypadkach owrzodzeń jelit przedstawiały gruczoły krezkowe różne stopnie przeistoczenia serowatego. W jednym wielce pouczającym przypadku można było śledzić rozwój gruzełków w ścianach naczyń chłonnych, prowadzących od wrzodu do odpowiedniego gruczołu.

Powyżéj opisane zmiany jelit towarzyszyły prawie we wszystkich przypadkach rozległym zmianom chorobowym w płucach jako zmiany następowe. Wyjątek stanowi jeden z naszych przypadków, którego przebieg kliniczny skłania wielce do tego, aby zmiany jelitowe uznać za pierwotne.

W. K. lat 21, uczeń gimnazyjalny, przybył do kliniki lekarskiéj w dniu 15/10 1876. Rodzice i rodzeństwo żyją, zupełnie zdrowi; oprócz zimnicy nie przebywał żadnych chorób. Przed 2ma laty, zatém w 19ym roku życia, z przyczyn niewiadomych doznał silnego bólu w dołku podsercowym, połączonego z częstém odbijaniem, wymiotami i biegunką Ból wprawdzie po kilku dniach ustąpił, lecz biegunka. i zupełny brak łaknienia utrzymywały się przez 3 miesiące. Po upływie tego czasu i te przypady częściowo ustąpiły, lecz odtąd aż do obecnéj chwili stan zdrowia chorego odnośnie narządu trawienia nie wrócił do prawidłowości; doznaje wciąż braku łaknienia, niesmaku w ustach, niekiedy pojawia się silna biegunka, gdy innym razem zaparcie stolca utrzymuje się przez 5—6 dni. Właściwe cierpienie, dla którego chory szuka pomocy lekarskiéj, datuje się od 4 miesięcy: chory wtedy dostał nagle po kilkudniowém zaparciu stolca silnéj biegunki, która dochodziła nieraz kilkunastu wypróżnień na dobę, połączonéj z bólem i silném parciem. Chory przywykły do podobnych objawów nie przywięzywał do tego znaczniejszéj wagi, spodziewając się, jak to nieraz dotąd bywało, ustąpienia cierpienia. Biegunka jednak, nadto brak apetytu, nudności, od czasu do czasu występujące wymioty trwały uporczywie i sprowadziły znaczny upadek sił chorego, tak że tenże przez 2 miesiące większą połowę dnia w łóżku pozostawać musiał. W ciągu tego czasu zauważył chory w okolicy podpępkowéj prawéj małe obrzmienie, wypuklające nieco powłoki brzuszne, twarde, przy ucisku bolesne, które wkrótce doszło rozmiarów gęsiego jaja. Od tego okresu dopiero datuje chory nasz pierwsze pojawienie się przypadów ze strony narządu oddechowego, tj. kaszlu, po części suchego i lekkiéj duszności.

Stan obecny: Mężczyzna wzrostu średniego źle odżywiony; skóra cienka, wiotka, blada; tkanka tłuszczowa prawie zupełnie zanikła. Gruczoły chłonne karkowe i pachwinowe nieco powiększone.

Twarz chorego wychudła nosi na sobie wyraz głębokiego cierpienia; oczy zapadłe, kości licowe wyraźnie się rysują.

Błona śluzowa warg i dziąseł blada. niedokrewna. Na błonie śluzowéj podniebienia miękkiego, łuków podniebiennych i tylnéj ściany gardziela napotykamy lekkiego stopnia zaczerwienienie i przerost gruczołów śluzowych.

Szyja długości prawidłowéj; żyły szyjne nieco rozdęte przeświecają przez skórę. Dołki nadobojczykowe znacznie zagłębione; lewy nieco głębszy, niż prawy.

Klatka piersiowa dość długa, wałeczkowata, wązka; wymiary głębokości i szerokości prawie jednakowe. Ruchy oddechowe płytkie, tor tychże obojczykowo-przeponowy. Nieco mniejsza poruszalność szczytu prawego. Z tyłu okazuje klatka piersiowa nieznaczną nieforemność, do któréj daje powód lekkie wygięcie kręgosłupa ku stronie lewéj.

Wypuk w szczycie po stronie prawéj z przodu lekko stłumiony aż do żebra 2go; poniżéj jawny, pełny w granicach prawidłowych. Po stronie lewéj z przodu odgłos wypukowy jawny, pełny. Z tyłu (odwrotnie jak z przodu) w szczycie lewym aż do górnego brzegu łopatki odgłos wypukowy stłumiony, w szczycie prawym jawniejszy, lecz w porównaniu z odgłosem wypukowym części niższych również nieco przytłumiony.

Przysłuch wykazuje z przodu po stronie prawéj w części górnéj, w miejscu odpowiedniém stłumieniu, wdech nieoznaczony, wydech przedłużony, mocno słyszalny, poniżéj wdech pęcherzykowy, wydech słabo słyszalny. Z przodu po stronie lewéj wszędzie szmery oddechowe prawidłowe. Z tyłu po stronie prawéj w szczycie wdech pęcherzykowy miękki, wydech słyszalny, w częściach niższych również szmery oddechowe prawidłowe. W szczycie lewym wdech mocno zaostrzony, wydech przedłużony; poniżéj wdech pęcherzykowy, wydech słabo słyszalny. Rzężeń żadnych nigdzie nie słychać. Z przypadów podmiotowych lekki kaszel, nie zbyt częsty; plwociny dość skąpe, przeważnie śluzowe. Stłumienie sercowe rozmiarów prawidłowych. Tony sercowe czyste, słabe. Tętno małe, miękkie 80 r.

Brzuch lekko wklęsły; tylko w okolicy żołądka i po nad kiszką ślepą nieznacznie wyniosły. Przy obmacaniu zatoki biodrowéj prawéj w miejscu odpowiadającém położeniu kiszki ślepéj wybadać się daje guz wielkości gęsiego jaja, dość twardy, bolesny, o powierzchni nierównéj, grudkowatéj. W obrzęku tym wykazać można przy dokładniejszém badaniu część twardszą, wielkości orzecha laskowego, przesuwalną po powierzchni samego obrzęku, w głąb takowego wgnieść się dającą. Skóra po nad obrzękiem przesuwalna; obrzęk sam nie ogranicza się tylko do okolicy kiszki ślepéj, lecz w lekkiém zagięciu dochodzi ku stosowi kręgowemu. W kiszce grubéj zstępującéj i esowatéj wybadać można nagromadzony kał zbity. Z przypadów podmiotowych bolesność w okolicy obrzęku wzmagająca się za uciskiem, brak łaknienia, częste odbijanie, czasem wymioty, biegunka częsta (kilka ra-

zy na dobę). Kał wodnisty, dobrze żółcią zabarwiony, zawiera grudki zbitsze, wielkości orzecha.

Mocz skąpy, barwy wysycono winno-żółtéj; wszystkie składniki prawidłowe.

Przez kilka następnych dni główne przypady jak biegunka, bolesność w okolicy obrzęku, kaszel utrzymywały się bez przerwy. Ciepłota ciała podniesiona, okazująca tor gorączki zwalniającéj ze znacznemi eksacerbacyjami wieczornemi (rano 37·5—39·0, wieczór 38·5—40·0° C.)

Rozpoznano: gruźlicę prosowatą płuc u osobnika zołzowego z towarzyszącemi owrzodzeniami jelit, które wywołały zapalenie otrzewnéj miejscowe w okolicy kiszki ślepéj. Rozpoznano w ten sposób drogą wykluczenia, biorąc na uwagę niestosunek zachodzący między gorączką wysoką a nieznacznemi objawami fizycznemi w płucach.

Objawy wyżéj wspomniane obok wzmagającego się od czasu do czasu nasilenia gorączki, połączonéj z dreszczami i potami trwały daléj; obrzęk w okolicy podpępkowéj się zwiększał; biegunka doszła znacznego stopnia (kilkanaście wypróżnień dziennych). Znaczne osłabienie i upadek sił. Pod koniec poczęła się pojawiać w stolcach krew, ropa i strzępki masy zgorzelinowéj. Zmiany chorobowe w płucach przytém nie zmieniły się w niczém; przez cały czas obserwacyi nie stwierdzono ani jednego rzężenia. Chory zmarł śród powyższych przypadów w 6 tygodni od czasu pierwszego badania.

Badanie pośmiertne wykazało:

Zwłoki mężczyzny bardzo źle odżywionego; powłoki ogólne woskowo-blade, podściółka tłuszczowa zupełnie zanikła.

Kości czaszkowe miernéj grubości; opona twarda miernie napięta, gładka. Opony miękkie blade, nieprzeźroczyste, cienkie. Miąższ mózgu mierną ilość krwi okazujący, spójności prawidłowéj.

Płuco prawe wolne, opłucna gładka, połyskująca; na przekroju miąższ całego płuca jasno-różowo zabarwiony, wszędzie powietrze zawierający; wśród miąższu bardzo liczne gęsto rozsiane gruzełki prosowate. Płuco lewe w szczycie lekko do opłucnéj żebrowéj pasmami łączno-tkankowemi przyrośnięte.

Na przekroju w części górnéj znaczna ilość guzków, dochodzących wielkości małego grochu, żółtawych, po nad poziom przekroju wysterczających; w szczycie kilka drobnych jamek 3—5 milim. w średnicy, otoczonych miąższem zbitym, o ścianach gładkich, połyskujących. W dolnych częściach płuca liczne gruzełki prosowate, szare, gęsto rozsiane.

Serce rozmiarów prawidłowych, skurczone; w jamach sercowych skąpa ilość skrzepów ciemno-czerwonych, wiotkich; zastawki gładkie, cienkie; błona wewnętrzna wielkich naczyń gładka, połyskująca; miąższ sercowy blado-żółtawy, połyskujący, kruchy. Otrzewna tak trzewowa jak ścienna zasiana bardzo licznemi guzkami, prosowatemi, szaremi, w wielu miejscach zlewającemi się w gromadki. Największa ilość takowych znachodzi się na otrzewnéj jelita biodrowego i blaszkach kreski; nadto otrzewna w wielu miejscach przekrwiona, ćma, przy dotyku lepka. Naokoło całego jelita ślepego znachodzą się błony wrzekome, łączno-tkankowe, obejmujące całe jelito warstwą na kilka milim. grubą.

Wątroba powiększona, przedstawia obraz stłuszczenia ostrego miernego stopnia.

Śledziona $1^1/_2$ raza powiększona; na przekroju jasnowiśniowym przedstawia liczne guzki okrągłe szarawo-żółte od wielkości prosa do wielkości małego grochu; miąższ śledziony dość spoisty.

Nerki rozmiarów prawidłowych nie okazują żadnych zboczeń chorobowych.

Błona śluzowa jelita cienkiego przedstawia liczne guzki drobne, wielkości siemienia szarawo-żółte nieznacznie po nad poziom wyniosłe, tu i owdzie ze sobą się zlewające; niektóre z nich okazują na szczycie okrągły talerzykowaty ubytek o brzegach nieco podwiniętych; nadto widać drobne blizny szarawe, wielkości soczewicy, gęsto rozsiane obrzęki gruczołów odosobnionych, wrzodziki torebkowe czyli mieszkowe (*ulcera follicularia*) i blizny po takowych. Takież zmiany znachodzą się również w jelicie grubém. Błona śluzowa zakrzywienia esowatego i odbytnicy jakby polana masą brunatno-żółtą o powierzchni nieréwnéj, łatwo w pasmach i strzępkach oddzielać się dającą od powierzchni. Prócz tego w jelicie biodrowém kilka wrzodów do 1 cm. w średnicy, sięgających aż do tkanki otrzewnowéj, o brzegach zgrubiałych o dnie pokrytém gruzełkami prosowatemi.

Gruczoły krézkowe znacznie powiększone, na przekroju żółtawo zabarwione, nacieklé masą serowatą. Największe i najbardziéj serowato przeistoczone znajdują się w sąsiedztwie wrzodów, t. j. w krezce jelita biodrowego i ślepego.

Rozpoznanie anatomiczne: Blizny po przebytém zapaleniu mieszkowém przewlekłém jelit. Zwyrodnienie serowate gruczołów krezkowych. Wrzody gruźlicze jelita biodrowego z następowém zapaleniem otrzewnéj kiszki ślepéj. Gruźlica prosowata ogólna (przeważnie płuc i otrzewnéj), końcowe zapalenie dławcowe jelita grubego.

(Dok. nastąpi.)

III. Leczenie wiewióra przewlekłego.

Napisał Dr. Ż. **Krówczyński** we Lwowie.

(Rzecz czytana na posiedz. sekcyi lwowskiéj Tow. lek. galic.)

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 5).

Wyjmując endoskop zmieniamy obraz wchodząc do części gąbczastéj. Tu znajdujemy środkową figurę w postaci szczeliny poprzecznie ułożonéj lub dążącéj ku poprzecznemu ułożeniu, stożek stosunkowo długi tworzą ściany różowo zabarwione; załamanie się ścian cewki jest bardzo nieznaczne i nie wchodzi znacznie do wnętrza endoskopu, a na szczycie załamania jest kółko świetlne ułożone tak samo, jak środkowa figura i jest ono bardzo wązkie. Przy dokładném oświetleniu widzimy, że kółko świetlne składa się z drobniuchnych prążków świetlnych, bardzo blizko siebie ułożonych, których pochylanie się wraz z ścianami ku środkowéj figurze spostrzegać się daje. Kółko świetlne i prążki na ścianach odpowiadają fałdom podłużnym cewki prawidłowéj. Przy ujściu zewnętrzném i w okolicy dołka czółenkowatego znowu inaczéj przedstawia się obraz cewki. Środkowa figura jest znowu pionową ciemną szczeliną o obszerniejszych rozmiarach, ściany stożka są blado różowe i zwolna pochylają się ku środkowi, co sprawia, że stożek jest długim; kółko zaś świetlne znajduje się tuż przy końcu cewkowym endoskopu, jest wązkie i prawie zupełnie nieprążkowane, a na ścianach nawet przy najsilniejszém oświetleniu nie znajdujemy prążków. O jakości stożka, względnie zachowaniu się ścian cewki przy tworzeniu stożka w stanie prawidłowym, nie potrzebuję więcéj mówić, ale dodać wypada, że zmienne nawet w stanie prawidłowym bywa zabarwienie ścian i postać figury środkowéj.

W ocenieniu zabarwienia ścian należy przedewszystkiém baczyć na ogólne zabarwienie błon śluzowych, względnie na niedokrewność, która zawsze odbija się w barwie błony śluzowéj cewki; ztąd wynika, że u niedokrewnych tam przekrwienie błony śluzowej rozpoznawać będziemy, gdzie go u zdrowych rozpoznać nie moglibyśmy. Niekiedy bywa środkowa figura w stanie prawidłowym nie taką, jak powyżéj opisano, a mianowicie przedstawia się w postaci półksiężyca ◡, krzyża ×, lub wreszcie młoteczka ⊤. Postaci półksiężyca może nabrać figura środkowa, jeżeli ucisk endoskopu na ściany cewki nie jest jednakowy; w formie krzyża przedstawia się środkowa figura w przestronnych cewkach, a młoteczek powstaje najczęściéj przez ustawienie się zagłębienia Morgagniego w polu widzenia. Zagłębienia Morgagniego, jak w opisie anatomicznym wspomnieliśmy, są to podłużne dołki między fałdami cewki się znajdujące, które najłatwiéj znaleźć można na górnéj ścianie cewki. Ponieważ one głębiéj w obrazie leżą, niż błona śluzowa, przeto mniéj muszą być oświetlone, a zatém przedstawiają się w postaci ciemnych podłużnych szczelin. Obaczywszy taką szczelinę łatwo przekonywamy się, że ona jest zagłębieniem Morgagniego, kierując koniec cewkowy endoskopu tak, aby mniéj więcéj w środku pola widzenia przypadał dołek Morgagniego. Mimo takiego skierowania dołek nie leży w jednéj płaszczyźnie, a bliżéj cewkowego końca endoskopu leżący odcinek dołka będzie silniéj oświetlony niż odcinek dolny, przeto zarysy dołka wyraźnie się nam przedstawią. Badając cewkę zawsze tak kierujemy endoskopem, aby środkowa figura była w samym środku pola widzenia, niekiedy jednak zwracamy cewkowe zakończenie endoskopu ku jednéj lub drugiéj ścianie a mianowicie, gdy szczegółowo ścianę cewki zbadać chcemy. Wstawienie ścian cewki łatwo uskutecznić odpowiedniém pochyleniem endoskopu, ale powinno ono być zwolna wykonywane, albowiem przy szybkiém pochyleniu czuje badany znaczny ból, powstający skutkiem ocierania się wypukłonego odcinka błony śluzowéj o brzegi endoskopu. Jeżeli przy takiém wypukleniu cewki ucisk wywrzemy na oglądaną ścianę, będziemy mogli widzieć naczynia krwionośne błony śluzowéj, które pęczniejąc skutkiem utrudnionego krążenia powiększają swoje rozmiary i mogą być widziane, co w stanie prawidłowym przy zwykłém ustawieniu endoskopu nie jest możliwém.

Wykazawszy, na co przy badaniu cewki zwracać uwagę należy i poznawszy obrazy błony śluzowéj cewki w stanie prawidłowym, przejdźmy do patologii. Uczy ona, że przewlekłe stany zapalne błon śluzowych polegają na wysięku śluzowym lub śluzoworopnym na powierzchni błony śluzowéj i na infiltracyi czyli naciekach komórkowych w miąższ błony śluzowéj i w utkania podśluzowe złożonych. Jeżeli błona śluzowa przechodzi do stanu prawidłowego, musi zniknąć wydzielina czyli wysięk, a naciek musi być wessanym, co w takim razie stać się może, gdy komórki przeobrażą się tłuszczowo. Mniejsza o to, czy te komórki są ciałkami krwi lub ciałkami tkanki łącznéj, dość, że obdarzone życiem niekoniecznie potrzebują wstecznie się przeobrażać, ale mogą daléj się rozwijać, gdy znajdą warunki przyjazne dla rozwoju. Jak wiadomo przeobrażają się one w tkankę łączną, która przez to samo, że jest wyższém i bardziéj skomplikowaném utkaniem, nie tak łatwo wstecznie się przeobraża. To tłumaczy nam uporczywość przewlekających się katarów w ogólności.

Ale czy takie zmiany towarzyszą i przewlekłemu wiewiórowi? Badania patologiczne na trupach stwierdzają, że często w utkaniu błony śluzowéj i podśluzowéj znajdujemy więcéj tkanki łącznéj, niż w stanie prawidłowym i że to nagromadzenie może być rozlaném czyli zajmować szerszą powierzchnię, albo może być do pewnéj części tylko ograniczoném. W obu razach utraci błona śluzowa cechę prawidłowości i inaczéj powinna się przedstawiać w stanie chorobowym, aniżeli w prawidłowym. Jak te zmiany przedstawiają się za życia na błonie śluzowéj cewki, do niedawna nie wiedzieliśmy, a twierdzenia swoje opieraliśmy na analogii. Odkryciom i badaniom przy pomocy endoskopu robionym zawdzięczamy, że nasze wiadomości są szczegółowsze i dokładniejsze. Pierwsze opisy pochodzą od Desormeauxa, który podawał, że przypuszczenia Thiryego o istnieniu granulacyj na błonie śluzowéj cewki są prawdziwe i zgadzał się z Thirym, że one są właściwością wiewiórów zaraźliwych. Granulacyje te miały wydzielać jad, którego następstwem zawsze był wiewiór zaraźliwy, gdy go na błonę cewki przeniesiono i miały one wyróżniać ten rodzaj trypra od wiewióra kataralnego, liszajowego i powstałego skutkiem urazowego drażnienia. Zapatrywania Desormeauxa podzielało wielu lekarzy badających endoskopem, ale byli i tacy, którzy częściowo przyjęli tylko jego naukę. Do ostatnich należy Tarnowsky, który podaje, że istnieją granulacyje na błonie śluzowéj cewki, nie podziela jednak zapatrywań co do jadu, które Desormeaux przyjął od Thiryego. Profesor petersburski rozróżnia prócz tego zapalne stany głębokich części cewki w rozmaitych stadyjach rozwoju, daléj miejscowe zgrubienia błony śluzowéj, powstające przez przerost błony podśluzowéj lub całego utkania błony śluzowéj wraz z gruczołami i przybłonkiem, który to przerost jest przeobrażeniem nagromadzających się komórek skutkiem przewlekłego zapalenia; wreszcie przerost częściowy błony śluzowej, którego następstwem są wyrośle brodawkowate, a nakoniec zatkania ujść gruczołów, przezco powstają torbiele i polipy. We wszystkich wyliczonych zmianach jedynym i najważniejszym objawem chorobowym ma być wydzielina właściwa tryprowi chronicznemu. Niekiedy przyczyną wydzieliny mają być pęcherzyki liszaja, a w najrzadszych przypadkach nagromadzenie się złogów wapiennych, które drażniąc błonę śluzową cewki były przyczyną zapalenia wiewiórowego. Daléj uczy Tarnowsky, że wyliczone rodzaje są głównemi typami, a pomiędzy niemi znajdujemy wiele form przejściowych tak, że trudno często orzec, do któréj kategoryi napotkane zmiany zaliczyć się powinno. Często u tego samego chorego napotykał T. dwa lub kilka rodzajów zapaleń, jużto obok siebie już też w rozmaitych miejscach, nie podawał jednak tłumaczenia tego zjawiska.

Zamiast podawać opisy wyliczonych rodzajów wiewiórów, przejdźmy do podziału innych autorów, a potém przedstawimy obrazy endoskopijne. Opierając się na zmianach endoskopem stwierdzonych, dzieli Grünfeld wiewiór chroniczny na tak zwane zapalenie cewki zwykłe (*Urethritis simplex*), zapalenie granulacyjne (*Urethritis granulosa*), zapalenie liszajowe (*Urethritis herpetica*) i zapalenie z owrzodzeniami, a Auspitz uprościł podział przez to, że rozmaite rodzaje przyjmuje jako formę jednego i tego samego cierpienia w różnych stadjach rozwoju. Zdanie Auspitza zupełnie podzielam i będę się starał zaraz je usprawiedliwić, przedtém jednak podam opisy, jak się przedstawiają rozmaite rodzaje zapaleń, względnie rozmaite stany zapalenia wiewiórowego w rozmaitych stadjach. (C. d. n.)

IV. Z oddziału chorób wewnętrznych prym. Dra Eisensteina we Wiedniu.

Przypadek tężca gośćcowego.

Opisał Dr. Leopold Biber
sekundaryjusz c. k. szpitala na Wiedeniu.

M. J. liczący lat 21, ogrodnik, podaje że dotychczas zawsze był zdrów, w ostatnim zaś czasie przez 3 dni pracował podczas wielkiéj wilgoci w ogrodzie. Następnego dnia uczuwał ból w szyi i utrudnienie przy połykaniu, mimo to jednak pracował jeszcze przez 2 dni, aż go uczucie stężenia w karku, zmniejszona poruszalność szczęki dolnéj, języka, i mięśni kadłuba zmusiły do szukania pomocy w szpitalu.

Chory średniego wzrostu, silnie zbudowany, dobrze odżywiony, twarz mocno zarumieniona i lepkim potem pokryta. Źrenice zwężone oddziaływają dosyć dobrze, język nieporuszalny, mowa utrudniona i niewyraźna, usta dają się tylko przemocą otworzyć. Mięśnie twarzy tężcowo napięte, ustawienie kącików ust jest niejednostajne (*risus sardonicus);* wyraz twarzy jakby wystraszony, przytomność umysłu i inteligencyja nieupośledzone.

W dalszym przebiegu wzmaga się cierpienie w ten sposób, że przedstawia następujący obraz: Mięśnie szyjne i grzbietowe tężcowo skurczone, deskowato twarde, (*Opisthotonus* w połączeniu z *Trismus*), w tym samym stanie są mięśnie oddechowe i odnóg dolnych, a szczególniej mięśnie łydek. Chory, który leży bez ruchu, czuje ciężkość na piersiach, ból w nadbrzuszu; odnogi górne są wolne, niepokój. Kurcze mięśni wywołują dotkliwy ból, toniczne napięcie mięśni tylko chwilami ustępuje; całe ciało obfitym potem pokryte; ciepłota nie przekracza 37·4°C., tętno słabe, przepuszczające, 80—90 uderzeń na minutę. Oddech bardzo powierzchowny i przyspieszony. Chory ma wielkie łaknienie i pragnienie; oddawanie kalu upośledzone. Mocz w ilości zmniejszonéj, nieco mętny, nie zawiera ani śladu białka. Napięcie toniczne mięśni chwilami ustępuje, chory wtedy ma się lepiéj, mimo to jednak bardzo jest osłabionym.

Tak zmienia się od czasu do czasu obraz choroby, przyczém chory noce bezsennie przepędza i ciągle jest niespokojnym.

W chęci sprowadzenia snu, zadano choremu *per anum* po poprzedniém wypróżnieniu kiszki odchodowéj wodnik chloralu (4 grm. *pro dosi*). Działanie tego leku jednak było tylko przemijające, gdyż cierpienia chorego po krótkim spokoju wracały. Gdy po 10ciu dniowém używaniu tego leku nie osiągnięto zadowalającego rezultatu, zalecono wychodząc z zapatrywania, że przez zadrażnienie skóry uda się zmniejszyć pobudliwość tężcowo skurczonych mięśni, przystawianie suchych baniek po obu stronach kręgosłupa. Polepszenie i po tym leku było tylko przemijające, toniczne napięcie mięśni po chwili wracało, i stan chorego był znów ten sam co przedtém.

Skorośmy po dwukrotném użyciu tego środka widzieli, iż nie prowadzi do pożądanego celu, zalecono choremu ciepłe kąpiele (30°C.) kilka razy dziennie, a wewnętrznie *Kali bromatum* (6 grm. *pro die*). Leczenie to pomyślniejszym było uwieńczone skutkiem. Chory teraz mógł usta otwierać, stałe przyjmować pokarmy i czynne wykonywać ruchy.

Po usunięciu tego leczenia, które stósowano dni 18, polepszenie utrzymywało się przez 3 dni. Czwartego dnia jednakże chory powtórnie niespokojny doznał bolów w łydkach, do których się następnie przyłączyły objawy nawrotu tężca.

Miano wtedy przystąpić do wstrzykiwań podskórnych kurary, wstrzymywala nas tylko ta okoliczność, że przetwór ten jest w swoim składzie bardzo niestały, a tém samém i w działaniu niepewny. Chcąc przeto obniżyć chorobową pobudliwość rdzenia pacierzowego, zastósowano worek lodowy wzdłuż kręgosłupa. Użyto drobno potłuczonego lodu, do którego dodano równą ilość soli kuchennej w celu osiągnięcia stałéj ciepłoty 8°C., która się przez 5—6 godzin utrzymywała. Bolesność i napięcie mięśni z dnia na dzień się zmniejszały.

Po 20tu dniach używania tego sposobu leczenia, objawy tężca zupełnie ustąpiły. Badanie systemu nerwowego prądem elektrycznym nie wykazuje żadnych nieprawidłowości, mimo to zatrzymano chorego jeszcze 2 tygodnie w szpitalu, w którymto czasie zalecono mu codziennie zimne obmywania całego ciała i ugniatanie (*massage*) mięśni kadłuba i odnóg. Gdy stan jego nie pozostawiał nic do życzenia, opuścił chory po 11stu tygodniowém leczeniu szpital jako wyleczony.

V. Oceny i sprawozdania.

Die Gelenkresectionen nach Schussverletzungen, ihre Geschichte, Statistik, End-Resultate, von E. Gurlt. Mit 26 Holzschnitten. Berlin, A. Hirschwald, 1879, w 8ce, 1333 stron.

Sprawozdanie Dra Rydygiera.

Dzieło to będąc wynikiem mrówczéj pracy godne zajmuje miejsce obok wielkiego amerykańskiego dzieła statystycznego Otisa. Ukazało się też w chwili odpowiedniéj, stanowiąc niejako kamień graniczny pomiędzy chirurgiją przeszłości a chirurgiją przyszłości, pomiędzy wypiłowaniami bez oprawy przeciwgnilnéj, a wypiłowaniami pod oprawą przeciwgnilną. Wypiłowania z ostatniéj wojny turecko-rosyjskiéj, które G. także uwzględnia, zaledwo słabą nazwać można próbą stósowania oprawy przeciwgnilnéj. Na pole przeszłości po Gurlcie pewnie nikt się nie zapuści — wyzyskał on je zupełnie co do statystyki — ta część dzieła jego nie dopuszcza żadnéj krytyki, można tylko podziwiać pilność nadzwyczajną i akuratność. Inaczéj się ma rzecz z uwagami jego co do chirurgii a mianowicie wypiłowań przyszłości; tu nie wszędzie z nim się godzimy.

G. podzielił dzieło swoje na 3 części, z których 1wsza zawiera historyję wypiłowań stawów po zranieniach postrzałowych.

Na wstępie podaje G. pokrótce historyję wypiłowań stawowych w ogóle. Uznaje Karola Whitego, Parka i Moreau ojca za pierwszych, którzy stworzyli naukową podstawę dla wypiłowań, mimo że ani White nie był pierwszym, który rzeczywiste metodyczne wypiłowanie stawu barkowego wykonał — jak to często dotychczas mylnie twierdzono, — ani też Park nie pierwszy wypiłował staw łokciowy lub kolanowy.

Po krótkim wstępie rozpoczyna historyję wypiłowań od wojen pierwszéj rewolucyi i pierwszego cesarstwa francuskiego (1792—1815), a kończy na ostatniéj wojnie rosyjsko-tureckiéj, podając po większéj części o każdym przypadku krótki opis zaczerpnięty bądź to z akt urzędowych, bądź też z dzieł i prac już ogłoszonych, bądź nareszcie z korespondencyi prywatnéj, którą przeprowadził celem dowiedzenia się o osta-

tecznych wynikach, a która zarazem daje nam obraz o ogromnéj pracy autora, bo przeszło 3000 listów i kart obejmuje. Przed każdą wojną wymienioną znajdujemy literaturę odnoszącą się do wypiłowań tego czasu.

Nie pominął nawet mniejszych wojen lub powstań, jak np. napadu Garibaldego na państwo kościelne (1867 r.) wojny z Ashantami (1873 r.). Zadziwiło nas tém bardziéj, że nie znaleźliśmy ostatniego powstania z 1863 r. Czy wtedy nie wykonano żadnego wypiłowania? Zdaje się, że koledzy nasi zaniechali ogłoszenia. Tylko 2 przypadki z tego czasu znalazłem pod rubryką: *Die Gelenkresectionen nach Schussverletzungen ausserhalb der grösseren Kriege*. Pierwszy przypadek str. 1179 tyczył się 27 lat liczącego oficera z powstania, któremu Langenbeck w klinice swéj w 1864 r. wypiłował staw łokciowy z powodu zrostu kostnego stawu po ranie postrzałowéj; przypadek ten zakończył się wyzdrowieniem. W drugim przypadku wypiłował Langenbeck staw biodrowy Zygmuntowi Kucharskiemu. Dnia 22 marca 1863 r. pod Olszową zraniony dostał się późniéj do Poznania i tam go Langenbeck operował: główka k. udowéj i miednica była zraniona; panewka przedziurawiona, fascyja miednicy od kości odłączona odgraniczała jamę napełnioną ropą, w któréj kula i odszczepy kości leżały. Operacyja bardzo łatwa, mimo to po dwóch tygodniach nastąpiła śmierć w skutek wycieńczenia sil ropieniem.

W drugiéj części (*Statistik der Gelenkresectionen nach Schussverletzungen*) posługuje się Gurlt statystycznie materyjałem w pierwszéj części obficie nagromadzonym i to w każdym możliwym kierunku. Dowiadujemy się tam np. (str. 1209), że w ogóle opracował 3667 wypiłowań wojennych; z tych wyzdrowiało 2376, umarło 1220 tj. 33,92%, a wynik 71 przypadków nieznany. Zaraz na następnéj stronie znajdujemy zestawienie częstości wypiłowań na rozmaitych stawach:

Wypiłowanie stawu	barkowego	45,29%
„ „	łokciowego	39,21 „
„ „	ręki	3,62 „
„ „	biodrowego	3,79 „
„ „	kolanowego	3,98 „
„ „	stopy	4,09 „

A więc wypiłowania stawu barkowego stanowiły nieomal połowę wszystkich wypiłowań (45%). Co do czasu, w którym podjęto operacyję rozróżnia, Gurlt wypiłowania pierwotne (*primäre*), pośrednie (*intermediäre*), wtororzędne (*secundäre*) i późne (*Spätresectionen*). Śmiertelność najmniejszą jest po wypiłowaniach późnych, z kolei najlepsze wyniki daje wypiłowanie pierwotne, po nich wtororzędne, a najgorsze pośrednie. W téj części mieszczą się także uwagi Gurlta odnoszące się do przyszłości.

Rozumie się, że żąda oprawy ran przeciwgnilnéj -- na to wszyscy się godzimy, ale na jego sposób opatrywania nie ze wszystkiém się piszemy. Przedewszystkiém zdaje się nam, że Gurlt za daleko się posuwa, żądając: *so zu sagen Anatomie am Lebenden*" (pag. 1227). Każdą ranę postrzałową stawów i kości mamy nożem tak rozszerzyć, żeby zupełnie była dostępną, żeby zupełnie ją oczyścić, żeby natychmiast przekonać się, czy przypadek odnośny nadaje się do amputacyi lub do resekcyi. Autor sam przeczuwa, że zarzucą mu, iż po większych bitwach nie stanie sił do uczynienia zadość jego żądaniom, sądzi atoli słusznie, że nauka nie może się ograniczać do tego, co jest możliwém, tylko musi żądać, co jest dobrém, bo na co dziś może jeszcze siły nasze i urządzenia nie starczą, na to późniejsze pokolenie się zdobędzie, jeżeli tylko pewne drogi będzie miało wytknięte. Co do nas atoli wątpimy, czy i w zasadzie Gurlt z swoją „*Anatomie am Lebenden*" wszędzie ma słuszność.

W szczegółowéj części tego oddziału omawia G. jeden staw po drugim podając przepisy w jaki sposób życzyłby sobie, żeby operacyje wykonywano i leczenie następne stósowano. Śliczne tu znajdujemy wskazówki poparte ogromnemi liczbami, a mimo to i tu nie wszędzie na zdanie Gurlta się piszemy. Zaraz przy stawie barkowym (pag. 1239) życzylibyśmy sobie przy oprawie zamiast „*Stromeyers Armkissen*" lub waty pod pachę materyjału przeciwgnilnego, bo tam szybko wydzieliny z ran resekcyjnych spływają, a więc trzeba i tę okolicę objąć oprawą przeciwgnilną. (Nasz sposób opatrywania przy wypiłowaniu barku opiszemy dokładnie w sprawozdaniu kliniczném. Sprawozd.).

Przy stawie łokciowym zmienia cokolwiek położenie cięcia Langenbeckowskiego: cięcie podłużne poprowadzić należy podług niego tuż na brzegu łokciowym wyrostka łokciowego (*olecranon*) a nie —jak Langenbeck przepisuje— cokolwiek na wewnątrz od środka. Cięcie Gurlta wystarczyć ma i do częściowych wypiłowań stawu łokciowego — trzeba je tylko ku górze przedłużyć. Co do techniki odłączania przyczepów mięśniowych przyjmuje propozycyje Vogta. Nam się zdaje, że powyższe cięcie do łatwego wypiłowania częściowego nie wystarcza. Sam Langenbeck w dyskusyi na ostatnim zjeździe chirurgów niem. przyznał, że w tych przypadkach należy się pierwszeństwo metodzie Hütera, o któréj Gurlt ani nie wspomina. Kwestyja częściowego lub całkowitego wypiłowania, którą G. na korzyść pierwszego rozstrzyga, zbyt jest ważną, żeby ją tu kilka słowami zbyć — (jest ona przedmiotem obszernéj pracy naszéj eksperymentalnéj — zaznaczymy tylko, że nie należymy do bezwzględnych zwolenników częściowego wypiłowania. Sprawozd.). Po wypiłowaniu stawu łokciowego radzi G. ustalić rękę podług Rosera zupełnie wyprostowaną, unika się podobno tym sposobem stawów luźnych (*Schlottergelenk*). Statystyka stawu biodrowego wcale nie pocieszająca, na 137 przypadków zakończyło się śmiertelnie 120, a więc 88,23%.

Nie o wiele lepsza statystyka stawu kolanowego; na 144 przypadków 110 zejść śmiertelnych: 76, 96%.

Księga trzecia (*End-Resultate der Gelenk-Resectionen nach Schussverletzungen*) najkrótszą co do liczby stron, ale może najważniejszą co do wyników. Dotychczas mieliśmy tylko wiadomości krótko po wykonaniu wypiłowań zebrane; ciekawa nadzwyczaj i zarazem ważna rzecz była, dowiedzieć się, czy z czasem wyniki co do funkcyi nowych stawów się polepszają, lub pogorszają. Opinija dotychczasowa oparta na pracach — jak już wspomnieliśmy, krótko po wojnach wydanych, niezbyt była pochlebną. I teraz wykazało się, że w ogóle wyniki co do funkcyi po wypiłowaniach wojennych niezbyt były dobre. Uwydatnia to następujący wykaz (pag. 1293).

Wypiłowania stawu	Dobre wyniki	Złe wyniki	Suma
barkowego	94 = 44,13%	119 = 55,86%	213
łokciowego	104 = 29,29%	251 = 70,70%	355
ręki	1 = 6,25%	15 = 93,75%	16
biodrowego	4 =100,00%		4
kolanowego	8 = 88,88%	1 = 11,11%	9
stopy	29 = 52,72%	26 = 47,27%	55
Razem	240 = 36,81%	412 = 63,19%	652

Liczby te wyraźnie wskazują, że wyniki wypiłowań wojennych daleko są gorsze od wyników wypiłowań w czasach pokojowych wykonanych. Przyczyny tego podaje Gurlt następujące: 1) Po ranach postrzałowych trzeba zwykle większe kawały kości wypiłować. 2) Często natrafiamy na znaczne obrażenia części miękkich. 3) Podczas wojny dozoru jakoteż innych wygód brak chorym. 4) Lekarze operujący czasem niemają wielkiéj wprawy. 5) Często oczekiwane uwolnienie od służby skłania chorego do mniéj sumiennego wykonywania przepisów lekarza. Ztąd głównie pochodzi, że u oficerów i w ogóle u ludzi dbających o swoje zdrowie czynność stawu wypiłowanego z czasem się poprawia, a u ludzi niewykształconych i wyczekujących uwolnienia ze służby się pogorsza.

Z krótkiego naszego sprawozdania wynika dostatecznie ważność dzieła omówionego — w szczegóły wdawać się nie mogliśmy, brak na to miejsca — zresztą wystarcza zwrócić uwagę, a każdy zajmujący się bliżéj przedmiotem przekona się, że bez dzieła Gurlta obywać się nie może.

Rivista sperimentale di medicina legale, Anno V, Fascicolo I—IV, Reggio-Emilia, in 8vo str. 439 z litograf. popiersiem prof. Liviego.

Odkąd dla Włochów lepsze nastały czasy, spostrzegamy u nich znakomity postęp w literaturze lekarskiéj, tak że obecnie z literaturą ich już liczyć się należy. W żadnéj atoli gałęzi nauk lekarskich postęp nie jest tak wybitnym, jak w psychijatryi i medycynie sądowéj. Zmarły niedawno prof. Karol Livi założył przed 5 laty czasopismo wychodzące w Reggio w $^1/_4$ rocznych odstępach i w dwóch działach, z których jeden poświęcony jest badaniom psychijatrycznym, drugi medycynie sądowéj doświadczalnéj. Już sam tytuł działu drugiego wyróżnia czasopismo od innych pokrewnych, wychodzących w innych krajach, kładąc nacisk na nowszy kierunek nauki. To też czasopismo to pomimo przedwczesnéj śmierci założyciela swego i krótkiego swego istnienia urzeczywistniło już program swój i nie tylko wyrobiło sobie stanowisko poważne we Włoszech, ale bez przesady uchodzić może za najlepsze ze wszystkich czasopism, specyjalnie o medycynie sądowéj traktujących, a wychodzących po obydwóch stronach Oceanu. Powodując się têm przekonaniem a mając sobie z koleżeńskiéj grzeczności głównego redaktora prof. Tamburiniego przesłane zeszyty ostatniego rocznika, sądzimy, że nie będzie od rzeczy, jeżeli dziś zwrócimy uwagę czytelnika polskiego na znaczenie tego czasopisma i bogatą jego treść, zachowując sobie na późniéj szczegółowe sprawozdanie z niektórych prac ważniejszych, w niém mieszczących się. — Otóż w zeszytach tych oprócz życiorysów proff. Liviego, Bertiego i Tardieua znajdujemy następujące rozprawy oryginalne: prof. Palmerini i Dr. Bonfigli piszą o obłąkaniu moralném *(moral insanity)*: w rozprawach tych bardzo pouczających, a uwzględniających wszystkie nowsze prace niemców, francuzów i anglików, ścierają się ze sobą zdania przemawiające za i przeciw istnieniu tego stanu zwyrodnienia umysłowego; jest to zresztą dalszy ciąg polemiki naukowéj w tym przedmiocie toczącéj się pomiędzy wspomnionymi lekarzami a prof. Tamassią w Pawii. — Dr. Franzolini w Udine podaje obszerny opis nader ciekawéj epidemii umysłowéj *(hysterodemonopathia)* panującéj w Verzegnis (w Friaulu), przypominającéj podobną epidemiję, która przed kilkunastu laty panowała w Morzine (w Sabaudyi) a opisaną została w swoim czasie przez Dra Constansa. Prof. Tamburini podaje orzeczenie o stanie umysłowym królobójcy Jana Passanantego, na podstawie badania uskutecznionego przez siebie oraz proff. Tommasiego, Vergę, Biffiego i Buonomo. Prof. Tamassia podaje uwagi nad orzeczeniem prof. Westphala w Berlinie w sprawie wątpliwego stanu umysłowego, a głównie nad ostateczną konkluzyją tego orzeczenia, wykazującego chorobę umysłową, ale niewdającego się w ocenę, czy badany był zdolny kierować się wolą wolną, która to ocena należy do zakresu prawników. Tenże prof. Tamassia podaje uwagi nad projektem ustawy prof. de Crecchio i zarzutami temuż uczynionemi. Dr. Barduzzi pisze o znaczeniu toksykologicznêm miedzi i jéj soli; prof. Tamassia o działaniu trującêm gazu kw. siarkowodowego (pracę tę doświadczalną otrzymaliśmy i w osobnéj odbitce). Dr. A. Filippi (w Florencyi) opisuje przypadek samozduszenia się, przyczêm przytacza literaturę nowszą. Dr. Lelli (w Ankonie) podaje przypadek urazowego zap. płuc i opłucnéj, który zakończył się śmiercią. Niemniéj cennym jest przegląd prac obcych, z dziedziny psychologii, tanatologii, toksykologii i afrodisiologii sądowéj, podany głównie przez prof. Tamassię, oraz napisane przez tegoż oceny dzieł Filippiego (medycyna sądowa po włosku) i Leg randa du Saulle).

W zeszycie 4tym właśnie otrzymanym oprócz dokończenia życiorysu prof. Liviego i rozprawy prof. Tamassii o otruciu gazem H_2S znajdujemy kazuistykę sądowolekarską podaną przez prof. Crecchio w Rzymie, prof. Giovanardiego w Modenie i Dr. Lelli; daléj ocenę dzieła Morselliego o samobójstwie i wyciągi z prac obcych przez prof. Tamassię itd.

Ze wszystkich tych prac widoczna, że młodsze pokolenie lekarzy sądowych we Włoszech nie idzie za przykładem lekarzy francuskich, ponieważ zna dokładnie i uwzględnia wszędzie literaturę zagraniczną, głównie niemiecką i że pracuje trzeźwo z chlubą dla kraju swego i z pożytkiem dla umiejętności. Zwrot ten w piśmiennictwie włoskiém zasługuje na baczną uwagę lekarzy postępowych bez względu na narodowość.

L. Blumenstok.

Prof. Adamkiewicz: **O czynnościach obustronnych układu nerwowego.**

Badając dawniéj wpływ różnych bodźców na wydzielanie potów *(Die Secretion des Schweisses, Eine bilateral symmetrische Nervenfunction 1878)* zauważył A., że takowe powstają w warunkach fizyjologicznych zawsze obustronnie, na symetrycznych częściach ciała. Objaw ten, dotychczas nieznany w fizyjologii, nazwał czynnością obustronną. Zdaje się, że i t. zw. przemieszczenie *(transfert)*, jakie wykazują liczne badania zwłaszcza lekarzy francuskich nad metaloskopiją, zaliczyć także należy do objawów czynności obustronnéj układu nerwowego. W téj myśli A. wykonał liczne doświadczenia na ludziach, aby zbadać wpływ drażnienia skóry na owe czynności obustronne. Upatrując w metaloskopii tylko wpływ ukrytego jakiegoś bodźca, używał do doświadczeń swych synapizmów, które jak wykazano poprzednio u ludzi nieczulicą dotkniętych, również sprawiają działanie metaloskopijne. U chorych po udarze mózgowym, u których wystąpiło porażenie połowicze wraz z nieczulicą części porażonych, synapizm przywraca czucie naprzód miejscowo, a następnie w całéj porażonéj połowie ciała;

czucie to po kilku dniach znów znika. Po stronie zdrowéj równocześnie nie występuje stępienie czucia. U histeryków synapizm działa w dwojaki sposób. Jeżeli istnieje nieczulica całego ciała, to synapizm przywraca czucie tylko miejscowe i to również przemijające; w nieczulicach zaś połowiczych po zastósowaniu synapizmu czucie powraca w całéj połowie ciała i to przemijająco lub trwale. Jeżeli nieczulicy histerycznéj towarzyszy histeryczny niedowład w zakresie ruchu po téj saméj stronie, to po przyłożeniu synapizmu zboczenia te tak czuciowe jak ruchowe znikają w 1—1 ½ godz. a pojawiają się po stronie ciała dotychczas zdrowéj. To samo dotyczy istniejącego niekiedy u takich chorych niedowidzenia. „Przemieszczeniu" temu towarzyszą zazwyczaj szczególne uczucia podmiotowe. Jeżeli połowa ciała niedowładem dotknięta jest chłodniejszą niż zdrowa, to po „przemieszczeniu" ciepłota ostatniéj opada o parę stopni; opadanie to ciepłoty jest objawem niedowładu mięśniowego. U zdrowych ludzi synapizm zaostrza czucie w miejscu zastósowania, a stępia w odpowiedniém miejscu drugiéj strony ciała. Uczucia dotykowe i bólu są zatém wynikami czynności obustronnéj układu nerwowego. Uczucie ciepła w miejscu synapizmu zaostrza się, ale nie tępieje w symetryczném miejscu drugiéj strony. Działanie to synapizmu nie jest, jak twierdzą Rumpf i Waldenburg, następstwem wywołanego nawału krwi, gdyż po przyłożeniu synapizmu ciepłota podnosi się nie po téj saméj, lecz po przeciwnéj stronie ciała. Czynności obustronne są wyrazem równoczesnego działania pewnego obustronnie położonego aparatu nerwowego, którego zwoje zachowują się względem siebie synergicznie (wydzielanie potów) lub antagonistycznie (czucie dotykowe i bólu). (*Verhandl. der physiol. Gesell. zu Berlin 1880 Nr. 5*). *Dr. Smoleński.*

Cullingworth: **Przypadek ropnia nerkowego wywołanego przez wniknięcie cząstki martwinowéj próchniejącego kręgu w miąższ nerkowy, która stała się jądrem kamienia nerkowego.**

Przypadek opisany przez autora jest ciekawy ze względu na kolejność zmian chorobowych. Dotyczy on kobiety lat 32 liczącéj, z zawodu tancerki. Od lat dwóch doznawała ona od czasu do czasu bólów w podżebrzu lewém, które jednak dozwalały jéj oddawać się swemu zajęciu. Mocz przez ten przeciąg czasu był prawidłowy i oddawany bez bólu. Dopiero w ostatnich 3ch miesiącach bóle się wzmogły, mocz okazał się mętnym, i zawierał obok znaczniejszéj ilości moczanów krew i ropę.

Badanie wykazało obecność chełboczącego nader bolesnego obrzęku w podżebrzu lewém, rozpościerającego się ku wewnątrz do linii środkowéj ciała, ku dołowi aż do grzebienia kości biodrowéj; odgłos wypukowy ponad obrzękiem stłumiony. Mocz zawierał znaczną ilość ropy, dwa razy znaczniejsza ilość ropy okazała się w moczu, przyczém każdorazowo guz zmniejszył swe rozmiary i napięcie. Ciepłota od 37·5—38·5. Tętno od 110—130. Uporczywa biegunka i poty.

Uskuteczniono cięcie w okolicy lędźwiowéj z boku i wydobyto około 500 grm. ropy cuchnącéj, zawierającéj strzępki zgorzelinowe. Palcem wsuniętym w jamę ropnia można było wybadać wyrostki poprzeczne kręgów lędźwiowych, ogołocone z okostnéj i nadżarte. Po rozszerzeniu cięcia wydobyto z jamy dwa kamienie nerkowe, jamę wypłukano i opatrzono przeciwgnilnie. Chora po upływie 3ch dni umarła.

Badanie pośmiertne wykazało; *a)* próchnienie 1go, 2go i 3go kręgu lędźwiowego, *b)* znaczne powiększenie nerki lewéj, któréj miedniczka rozszerzona przedstawiała wielką jamę wypełnioną ropą. Na dnie jednego z kielichów nerkowych znajdował się kamień podługowaty, wielkości dużego ziarna grochu. Miąższ nerkowy w licznych miejscach ropiasto naciekły. Nadto znajdował się w miąższu nerkowym kanał, komunikujący z próchniejącemi kręgami. *c)* Największy z kamieni, rozmiarów około 3 cm. w średnicy, nadzwyczaj nieregularny i kątowaty; jądro takowego tworzył odłamek kości martwinowéj. Zewnętrzne warstwy składały się z fosforanów, gdy wewnętrzne tworzył szczawian wapniowy.

Bezsprzecznie pierwszą zmianą chorobową w podanym, ze względu na szczególną genezę, wielce ciekawym przypadku, było próchnienie kręgów lędźwiowych któremu towarzyszyło przewlekłe zapalenie tkanin okolicznych, sprawiające silne przyrośnięcie torebki nerkowéj. Mała cząstka kości martwinowéj z jednego z kręgów wniknęła drogą ropienia postępowego przez miąższ nerki aż do miedniczki nerkowéj, gdzie stała się zawiązkiem kamienia nerkowego i przyczyną usposabiającą do wytworzania się innych kamieni. Zajęcie choréj jako tancerki potęgowało drażnienie wywierane przez kamienie, którego ostatecznym wynikiem było zapalenie ropne miedniczek nerkowych, i wytworzenie ropni nerkowych. (*The Lancet V, I, 1 1880*). *P.*

Wiadomości pomniejsze.

(A. O.) Aby uniknąć nieprzyjemnych ubocznych skutków kwasu karbolowego przy oprawie przeciwgnilnéj, szukał Schulz w Bonn innego środka przeciwgnilnego i zdaje mu się, że go znalazł w olejku rozdrębowym (*eucalyptol*) a to na téj podstawie, że: 1) tenże według doświadczeń Bucholza już w rozcieńczeniu 1:666 powstrzymuje rozwój prątków; 2) ma on według podania Siegena niweczyć gorączkę gnilną u królików, a po 3) powstrzymuje według Binza wędrówkę ciałek białych ze ścian naczyniowych. Woń ma przyjemną i rozpuszcza się dobrze w wyskoku, oliwie i miesza się dokładnie z parafiną. Przy tém wszystkiém nie jest trującym, bo Siegen wyżył go w 2 ½ godzinach przeszło 5,0 a królikowi wstrzyknął 4,5 pod skórę w ciągu 6ciu godzin bez szkody. Olejek ten da się użyć na ranę, jako też do wyrabiania gazy, wreszcie i do rozpylania. Obecnie jest dosyć drogi, bo 1 kilogrm. kosztuje 9 marek, lecz przy rozpowszechnieniu się mógłby znacznie spaść w cenie. *(Centralbltt f. Chirurgie* Nr. 4, 1880. *Orig. Mitthg.)*.

ss) Postrzeżenia Dra Köhlera z Kościana ogłoszone w Przegl. Lek. 1879, Nr. 26, jakoby borocytrynian magnezyi miał własność rozpuszczania kamieni moczowych, nie znajdują zkądinąd potwierdzenia. Odnośne doświadczenia prof. Dittela dały wynik ujemny, a i badania dokonane w tym kierunku w pracowni chemicznéj prof. Ludwiga wykazały, że kamienie moczowe, złożone przeważnie z kwasu moczowego, przechowywane przez cały miesiąc w zgęszczonym roztworze *magnesiae borocitricae*, mimo codziennego kłócenia bynajmniéj się nie rozpuszczały ani nawet nie stawały się kruchszemi. W przesączonym płynie nie wykryto ani razu kwasu moczowego. (*Wiener med. Bl.* 1880, 4).

ss) Po wykazanéj już dostatecznie bezskuteczności będźwinianu sodowego w suchotach płucnych, przypomina jeszcze prof. Salkowski wykazane przez się przed 4 laty własności tegoż przetworu, które go nawet muszą czynić szkodliwym. Będźwinian sodowy mianowicie przyspiesza rozpad istót białkowatych w znacznym stopniu, co oczywiście dla chorych

i tak wyniszczonych nie może być obojętném. (*Wien. med. Bl.* 1880, Nr. 4).

ss) Dr. Küster opisuje przypadek wieńcogłówki wątrobowéj *(echinococcus hepatis)* u dziewczynki 9-letniéj wyleczony za pomocą t. zw. cięcia dwuczasowego Volkmanna. Gdy w 10 dni po przecięciu (równolegle do łuku żebrowego) powłok brzusznych, brzegi przeciętéj równocześnie otrzewny brzusznéj zrosły się już z powłoką surowiczą wątroby, K. naciął także ścianę pęcherza wieńcogłówkowego, z którego wylała się natychmiast wielka ilość cieczy na zewnątrz; w głębi jamy udało się jeszcze i drugi takiż pęcherz przerwać palcem. Po założeniu drenu i oprawy przeciwgnilnéj chora w 5 tygodni po pierwszém cięciu wróciła do zdrowia. *(Berl. klin. Wochft.* 1880, Nr. 4).

ss) Do niedawna jeszcze zaprzeczano z wielu stron, jakoby ostre reumatyczne zapalenie stawów mogło przejść w zapalenie ropne; inni zejście takie uważają za możebne, ale w każdym razie bardzo rzadkie. Obecnie ogłasza Dr. Körte 6 przypadków typowego ostrego reumatyzmu stawowego z zejściem w ropienie (3 razy staw kolanowy, tyleż razy stopowy). W 2 przyp. istniało powikłanie z zap. śródsierdzia. Mimo podawania przetworów salicylowych objawy zapalne ustąpiwszy z innych stawów utrzymywały się w stawach kolanowym lub stopowym. Wielka bolesność przy ucisku i ruchu, rozszerzenie torebki stawowéj, zaczerwienienie i obrzmienie pokrywających części miękkich, wzmagająca się wieczorem gorączka, dowodziły wypociny ropnéj. Bezpośrednie badanie po otwarciu krwawém stawów wykazało ropne zap. błon maziowych, przekrwienie a nawet niekiedy poczynające zniszczenie końców stawowych kości, surowicze obrzmienie więzów, zwłóknienie chrząstek itd. We wczesnym okresie otwarcie stawu, drenowanie i opatrunek przeciwgnilny wstrzymywały sprawę zapalną. Wykonana w 2 przyp. resekcyja stawu kolanowego dała w krótkim czasie dobre wyniki. *(Berl. klin. Wchft.* 1880, Nr. 4).

ss) Dr. Schaffer poleca po wyrwaniu zęba zakładanie kulek z waty salicylowéj zwilżonych chloroformem. Tamponiki takie sprawiają, że ból ustępuje bardzo rychło, dziąsło się kurczy a krwotok ustaje. Przeciw rozmaitym postaciom zapalenia dziąseł, pruchnienia zębów itp. zachwala zarazem następujące płukadło: Rp. Spirit. vini conc. 100.00, chloroformi 5—10.00, ol. menth. pip. gutt. 5—10. (*Wien. med. Wchft.* 1880 Nr. 4).

Lindemann radzi używać balsamu peruwiańskiego dla pokrycia przykrego zapachu jodoformu. Dwie części balsamu peruwiańskiego na 1 część jodoformu użyte. najzupełniéj wystarczają, aby pokryć niemiłą woń jodoformu. Jako objemiec do maści najlepiéj się nadaje Vaselina a w postaci płynnéj wyskok lub gliceryna. Rp. Jodoformi 1.00 Balsami Peruviani 2.00 Vaselini 8.00 Mf.Ung albo Rp. Jodoformi 1.0 Balsami Peruviani 3.0 Spir. vini rect. lub Glycerini 12.0 M. d. s. Przygotowując powyższe przetwory uważać należy, ażeby najprzód jodoform z bals. peruwiańskim był dobrze roztartym, a potém dopiero zmięszać je z objemcem. (*Vierteljahresschrift f. Dermatol. u. Syphilis.* H. 4, 879). *Z.*

Roc podaje następujący przepis na *Tinct Jodoformi composita:* Rp. Jodoformi 1.0 Kali jodati 70.0 Glycerini 70.0 Spir. vini fort. 200.0 Nastój ten przygotowuje się w następujący sposób. Rozciera się najprzód na delikatny proszek jodoform z jodkiem potasu, następnie z gliceryną zarabia się na ciecz śmietankowatą, poczém dodawszy wyskok miesza się dokładnie dopóty, dopóki wszystko się nie rozpuści. Płyn dokładnie przygotowany jest przeźroczysty i barwy złotożółtéj. Dawka: trzy razy dziennie po 15 kropel na cukrze lub w syropie. Działa szczególniéj dobrze na gruczoły chłonne sprowadzając rychłe wessanie. Można go również stósować miejscowo jak i do wstrzykiwań miąższowych we wrzody pod rozmaitą postacią występujące. (*Vierteljahresschrift f. Dermat. u. Syphil.* H. 4. 879). *Z.*

Waller poleca w dymienicach wstrzykiwania miąższowe. Używa on 10 grm. kwasu karbolowego na 2 gliceryny a 6 wody (? części. *Sprawozd.*) i z tego wstrzykuje 25 kropli. Jedno wstrzyknięcie ma wystarczać, a ból ustaje w kilku godzinach. (Dotychczas używano do miąższowych wstrzykiwań 2% rozczynu kwasu karbolowego, wyniki jednak nie bywały zbyt świetne i dlatego téż sposób ten leczenia nierozpowszechnił się. *Uwaga Sprawozd.*) (*Vierteljahr. f. Dermat. u. Syph.* H. 4. 879). *Z.*

VI. O błonicy *(diphtheritis)* panującej nagminnie na Podolu.

List II.

Kilka luźnych uwag o błonicy. Porównanie przypadłości w podręcznikach lekarskich z symptomami postrzeganemi podczas teraźniejszéj epidemii. O przyrzucie dyfterytycznym; opisanie niektórych przypadków zarażenia.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 5).

Forma dławcowa (*diphtheritis cruposa*) niczém się nie różniła od tak dokładnie opisanéj przez Senatora i Oertla, byłoby więc nadużyciem cierpliwości czytelnika, gdybyśmy podawali szczegółowy jéj obraz, znany mu dobrze zapewne. Wskażemy więc na niektóre przypadłości o tyle, o ile nam się z nich udało pewne wnioski wyciągnąć. I tak, nudności i wymioty, szczególniéj u dzieci, są dość częstém zjawiskiem, występują one zwykle z ogólném niedomaganiem, dreszczami i reakcyją gorączkową. Drgawki należą do przypadłości wyjątkowych; na 123 przypadków różnych form błonicy, napastujących wiek dziecięcy od półroku do lat 10 włącznie, dwa razy tylko towarzyszyły one chorobie; raz jednocześnie z niemi i nalot w gardzielu wytwarzać się zaczął; raz znowu błona dyfterytyczna już po ich ustąpieniu we 36 godzin okryła migdałki, w obu jednak przypadkach zejście było niepomyślne. Ból przy połykaniu, połączony z bólem szyi, można uważać za stałe zjawisko; na 276 obserwacyj, od lat 6 do 60 włącznie, jedna tylko chora, siedmioletnia, nietylko na ból nie narzekała, ale co więcéj badana niedoświadczała go wcale. Obrzmienie gruczołów zawsze towarzyszyło błonicy, powiększenie tego obrzmienia, infiltracyja tkanki komórkowatej okalającéj gruczoły, były niejako skalą nasilenia albo słabnięcia sprawy chorobowéj, i stanowiły jednę z pewniejszych wskazówek przy rokowaniu. Kiedy proces patologiczny miał się ku pomyślnemu rozwiązaniu, obrzmienie to, w ciągu pierwszych 2 — 3 dni zwiększające się stale, naraz zatrzymywało się na drodze rozwoju, i już we 24 godzin znacznie opadło. Przy smutném zakończeniu, albo co jedno i to samo, przy przeobrażeniu się formy dławcowéj w septyczną, nasięk tkanki komórkowéj powiększał się, zsuwał się na przednią część szyi i na piersi, i mały chory robił wrażenie klocka, na którym osadzona główka. Najcięższą chwilą w formie dławcowéj są pierwsze dnie choroby mianowicie do piątego włącznie, szósty już więcéj nastręcza nadziei. Wyjątek stanowiły rzadkie zresztą przypadki, kiedy się po kilkakroć powtarzało odrodzenie błony dławcowéj. Dwukrotne jego wystąpienie należało do zjawisk dość częstych; naprzykład produkcyja patologiczna wydziela się czy to w postaci drobnych strzępów, ze śluzem i śliną, czy też

wypada ze strumieniem mocno zastrzykniętego płynu, na błonie śluzowéj pozbawionéj połysku i nabłonka już we 12 godzin po oddaleniu pierwszego nalotu wytwarza się nowy cieńszy od poprzedzającego, wątlejszy, jakby przeźroczysty. Podobno Henoch utrzymuje, że wysięk błonicowy sześć razy odradzać się może, co do nas widzieliśmy trzykrotne jego wystąpienie na jedném i tém samém miejscu i to w wyjątkowych przypadkach. Jeden z nich szczególnie utkwił nam w pamięci; na prawym migdałku nalot dość zbity i gruby, we 24 godzin rozpada się on, miejsce dotknięte chorobą oczyszczone, ale jednocześnie sprawa się przenosi na lewy migdałek, w drugich 12 godzin zajmuje miękkie podniebienie, po upływie doby, błony albo usunięte, albo zawieszone w kształcie firanek, ale dostrzegamy nowe wytwarzanie się produkcyi patologicznéj na prawym migdałku, ztąd idzie na lewy itd. zakończenie jednak po tém wszystkiém pomyślne; dodamy wszakże, że przypadek opisany dotyczył silnego 20-letniego młodzieńca, który przeszło przez dwa miesiące nie mógł przyjść do siebie.

Zachowanie się moczu w błonicy stanowi rzecz jeszcze nie należycie zbadaną; Oertel, Ebert i Lewin różnią się tu w zdaniach. Że moczu bywa mało na początku choroby przy natężeniu gorączkowém, to pewna, jest on przytém mocno nasycony, ilość mocznika i kwasu moczowego zwiększa się w nim, co zaś do białka, to ten się wcale niema w stosunku prostym do siły choroby. Wreszcie wyznać musimy, że postrzeżenia nasze w tym względzie bardzo ubogie, ledwie 9 razy badaliśmy mocz, i to niestale u jednego i tegoż samego indywiduum od wystąpienia zjawisk chorobowych do pomyślnego albo niepomyślnego zakończenia dyfteryi. Przyszliśmy jednak do wniosków następujących: W błonicy nieżytowéj mocz białka nie zawiera, w błonicy dławcowéj i septycznéj, przy największem nawet ich nasileniu, niezawsze białko występuje. Dwa przypadki, badane częściéj, tak się przedstawiały: dziewczynka siedmioletnia, dostała płonicy, ku jéj końcowi sporo białka w moczu odnaleźliśmy, w dni cztery potém następuje krwotok nerkowy, i ten usunięty: w dni dziesięć, w moczu ledwie ślady białka; mija dwa tygodnie, chora nieopuszczając łóżka zapada na błonicę (formę septyczną), choroba trwa 12 do 14 dni, mocz co dnia badany nie zawiera w sobie białka. Drugi przypadek dziewczyna lat 10, na drugi już dzień po uformowaniu się nalotu dyfterycznego przybiera on postać rozpadową, septyczną, w moczu obfitość wielka białka aż do 12 dnia choroby; niknie on prawie zupełnie z wystąpieniem przypadłości porażenia gardziela, mięśni językowych, twarzowych (ztąd mowa zupełnie nie zrozumiała, slinotok, trudność połykania), mięśni piersiowych, (zaduszanie uparte i męczące), a kiedy te przypady osłabły, wytworzyło się porażenie odnóg dolnych, najupartsze, najdłużéj, bo całe dwa miesiące trwające; badany mocz niewykazywał prawie obecności białka, czasem odnaleźć go można było ledwie 0,5% i to niezawsze. Nareszcie pojawia się długo wyglądany okres rekonwalescencyi, dziecko zaczyna chodzić, została tylko niedokrewność i mięśnie zbyt wiotkie. Naraz wybuchają przypady przemijającéj uremii, potém obrzmienie odnóg, obecność białka znowu skonstatowana w moczu do 10 a potém do 15% i tak w ciągu dwóch miesięcy do zgonu. Podaję fakta, wniosków z nich niewyprowadzam żadnych.

Rozszerzenie się sprawy dyfterytycznéj na jamy nosowe spostrzegaliśmy w 0,8 przypadków zgonem zakończonych; można śmiało powiedzieć, że w obecnéj epidemii daleko się ono częściéj przytrafiało, niżli zajęcie krtani, które obserwowaliśmy w 0,2 przypadków. Wydzieliny błonicowe przyjmowały niemiłą woń wyłącznie przy zajęciu nosa.

Co do formy septycznéj, zaznaczymy, że częstokroć szczególnie, kiedy zejście było niepomyślne, na drugi dzień od chwili wystąpienia wybuchała ona z całą gwałtownością; w notatkach naszych znajdujemy 32 przypadki tego rodzaju na ogólną cyfrę 74; stan gorączkowy ledwie trwał godzin 6 — 8, potém zaraz następował upadek pulsu, wydzieliny mniéj albo więcéj smrodliwe i zgon na trzeci dzień miał już miejsce, albo w skutek ociekliny płuc *(oedema pulmonum)*, albo w skutek omdlenia.

Krwotok obfity z migdałka raz tylko zdarzyło nam się widzieć, właśnie w okresie septycznym, a choć on był obfitym, chory pomimo to przyszedł do siebie, liczył lat 20 i dziś cieszy się pożądanym stanem zdrowia.

Błonicę zgorzelinową po czterykroć postrzegaliśmy; w dwóch przypadkach zejście było śmiertelne, w dwóch innych miała miejsce utrata języczka a także części miękkiego podniebienia, które formowało białą błyszczącą bliznę, mowa niewyraźna, nosowa pozostała na zawsze, jako ślad przebytéj choroby. (Jeden tylko z nich był naszym pacyjentem).

By już raz skończyć z symptomatologiją, dodamy tutaj krótką statystykę: na 702 postrzeganych przez nas przypadków, w chwili badania, bez względu na to, jakie formy potém choroba przybrała, zaznaczyliśmy: błonicę nieżytową 380 razy, dławcową 195 razy, septyczną 123 razy, zgorzelinową 4 razy.

Zdaje nam się, że podział przyjęty w nauce wyobraża tylko pewne stopnie jednéj i tejże niemocy, że dyfteryja nieżytowa jest jakby gruntem, na którym rozwija się forma dławcowa, że ta zawsze poprzedza septyczną, jak ostatnia poprzedza zgorzelinową; ale w przypadkach gwałtowniejszych *diphtheritis catarrhalis* i *diphtheritis cruposa* krótko tylko trwają, a na ich miejscu wybucha postać gnilna i zniszczenie w ustroju doprowadza do linii krańcowéj, kiedy zaś znajdzie w nim siłę odporną, idzie daléj, przeobraża się w gangrenę gardziela.

O przyrzucie błonicowym mówić nam z kolei wypada. Ale najprzód stanowczo wyznajemy, że się przychylamy do zdania, które utrzymuje, że dyfteryja jest w początku chorobą miejscową, a tylko z czasem staje się ogólną. Że niekiedy okres pierwszy, jak okres wylęgania, może być bardzo krótki, tak krótki, że przechodzi nie postrzeżony, temu wcale niezaprzeczamy. Dlaczego przyrzut obiera sobie siedlisko w przełyku? dlaczego z upodobaniem szczególném lokuje się na migdałkach, czy na języczku, czyli w ich okolicy na sklepieniach podniebienia miękkiego? bo przynajmniéj na 720 przypadków obserwowaliśmy go 699 razy na wyżéj wskazanych miejscach. Przypuszczać się godzi, że błona śluzowa tych części najwięcéj jest narażona na wpływy powietrza, a migdałki na wiecznym zostają przeciągu, przy każdym akcie wdychania powtarzanym; dlatego to u osób dotkniętych przerostem migdałków, pofałdowanych i pooranych brózdami, prawdopodobieństwo zarażenia jest większém, niżli u innych nie ulegających temu cierpieniu. Bo przypuszczać, że wiek dziecięcy usposabia bardziéj od każdego innego do zarazy, jest to grubą popełniać omyłkę; wszyscy zarówno jéj ulegamy, dzieci tylko jako wątlejsze częściéj padają ofiarą choroby; z 301 osób, o których wieku pewne mamy dane,

widać że od 1 do 10 lat było 113 chorych błonicowych, od 10 do 20 126, od 20 do 60 63.

Wiemy z doświadczenia, że dyfteryja jest chorobą sporadyczną; nie ulega wątpliwości, że panować może nagminnie; pod wpływem wszakże jakich czynników wytwarza się, o tém dotąd z pewnością zawyrokować nie można. Oertel utrzymuje, że warunki produkujące miazmy septyczne, zgorzelinę szpitalną, zdolne są wywołać i błonicę. Lekarze połtawscy, gdzie obecnie choroba rzeczona dziesiątkuje ludność wiejską, dowodzą, że grunt przesiąkły nieczystościami wszelakiego rodzaju jest podścieliskiem, w którym ona gniazdo sobie wije, dla tego też podczas dni mroźnych jest ona słabszą, kiedy z każdą odwilżą wzmaga się jéj natężenie. Niestety nasze postrzeżenia, a o nich niżéj powiemy dotykając kwestyi zmian atmosferycznych i ich stósunku do błonicy, przeciętnie są przeciwne połtawskim. Daléj dyfteryja sporadyczna w szpitalach paryskich i londyńskich jest zjawiskiem corocznem, a jednak nie przybiera ona cech epidemicznych. I u nas dotąd miewaliśmy dyfteryję sporadyczną bardzo często w biednéj dzielnicy miasta, położonéj na nizinie przyrzecznéj: tutaj niechlujstwo i zaniedbanie wszelkich higijenicznych przepisów podają rękę nędzy straszliwéj.. dziwna jednak rzecz! kiedy błonica wybuchła epidemicznie w całéj gubernii, najmniéj jéj przypadków tam właśnie spotykamy, gdzieby się ich najwięcéj spodziewać należało.

Więc są pewne niezbadane dotąd warunki sprzyjające przeobrażeniu się sporadycznéj błonicy w nagminną, ta zaś ostatnia rozrasta się i rozpowszechnia w skutek bezpośrednego zarażenia. Produkt niemocy tj. błona dyfterytyczna w stanie rozpadu, czy to unosząc się w powietrzu, czy wydzielona z oddechem lub plwocinami chorego, jest właśnie źródłem zarazy. To też osoby okalające dyfterytyka najbardziéj są narażone na niebezpieczeństwo, chociaż i tutaj niepodrzędne zajmuje stanowisko większe albo mniejsze usposobienie do choroby, nie zbadane dotąd należycie. Znowu to stwierdzę przykładem: Znam cyrulika, który z szczególném zamiłowaniem dogląda chorych dotkniętych błonicą, nieraz całe miesiące pośród nich przepędzał, od rana do wieczora pędzlował albo szprycował gardła, usuwał szczypczykami produkcyje patologiczne wytworzone przez niemoc w mowie będącą, nocował w jednéj izbie z chorymi, przyniósł zarazę do domu, któréj ofiarą padły dwie jego córeczki, sam jednak nigdy nie uległ nawet prostemu nieżytowi gardziela. I kazuistyka i doświadczenie potwierdzają zaraźliwość błonicy. Jeżeli bowiem — jak słusznie utrzymuje Oertel — kilka osób wspólnie zamieszkałych, cała wreszcie gmina może uledz chorobie w skutek miazmatu, to z drugiéj znowu strony mamy cały szereg faktów, dowodzących udzielania się jéj od bezpośredniego z produktami dyfterytycznemi zetknięcia.

A przyrzut ów, nie taki lotny jak inne, więcéj ważki, trzymający się długo w jednéj miejscowości, działający powolnie, jeżeli się zagnieździ w mieszkaniu, nurtuje w niém, przycicha czasem na chwilę, by potém na nowo z większą siłę wybuchnąć. Ważkość ta przyrzutu tłumaczy nam, dla czego w chatach włościańskich tak się uparcie, tak wytrwale gnieździ, dla czego niekiedy zimą działa złośliwiéj. Wiemy bowiem, że kmieć nasz, z natury swojéj niechlujny i lekceważący przepisy najzwyczajniejszéj czystości, w chacie z jednéj izby złożonéj tuli się sam z rodziną i służbą, a oprócz ludzi i młody dobytek tu się przechowuje, mianowicie: kury, prosięta, jagnięta, a często i spory cielak; o przewietrzaniu niema mowy, poczciwy wedle prastaréj konstrukcyi zbudowany komin spełnia tę funkcyję, choć dla przysporzenia ciepła często szczelnie bywa zatykany. Niechże pod taką strzechę dostanie się dyfteryja, o złośliwości któréj kmieć niema najmniejszego wyobrażenia, — można sobie łatwo wyobrazić, jakie wówczas sprawia zniszczenie. Dziwić się doprawdy jeszcze potrzeba, że zwierzęta, w takiéj bliskiéj z ludźmi zostające styczności, nie ulegają zarazie. Miałożby to podawać w wątpliwość pomyślne wyniki szczepienia dyfteryi, dokonywane na królikach przez Oertela? Borri wspomina o psach zapadających na błonicę, ktoś inny o kurach.... Ani jednego ani drugiego nie spotkaliśmy podczas bieżącéj epidemii. Wracając do przerwanéj kwestyi, dodamy jeszcze, że kiedy wszyscy autorowie utrzymują, że błonica w miastach jest niebezpieczniejszą niźli w wioskach, u nas rzecz się dzieje przeciwnie: mieszkania miejskie, nawet te, które zajmują ubogie rodziny izraelskie, daleko świetniejsze warunki zdrowotne posiadają, niźli owe sadyby kmiece, okolone ogrodami, falą świeżego powietrza owiane. Idylla to wszakże pozorna, raz bowiem w téj wrzekoméj arkadyi rozwielmożniona choroba nagminna wszechpotężnie w niéj zapanowuje. I dlaczegóż nie ma być samowładną panią, kiedy nikt na nią ręki nie podnosi, owszem wszelkie starania dążące do jéj poskromienia paraliżują i chorzy ich otaczający. Może nie zechcecie wierzyć, a jednak jest prawda, że w jednéj z wiosek sąsiednich cyrulik sprowadzony przez posiadacza ziemskiego cofnąć się musiał ze stanowiska, bo mu baby wiejskie nawymyślały, zagroziły nieledwie zniewagą za to, że je upominał, by dzieci swoje pozwoliły opatrzéć i w przypadku choroby lekarstwo zadawały, naturalnie, bezpłatnie im ofiarowane.

Przyrzut dyfterytyczny bardzo się łatwo przenosi z odzieżą, nawet z chlebem. Nie mało na to przytoczyć można dowodów z dziejów dzisiejszéj epidemii, podam wszakże tylko więcéj ciekawe i pouczające. U jednego z urzędników było dwoje dzieci dotkniętych błonicą: córka lat 16 i syn l. 12, forma choroby dławcowa w okresie przejścia w septyczną, mieszkali oni w dzielnicy miasta, zwanéj nową („nowy plan"). Starsza zaś córka tegoż urzędnika, matka trojga dzieci, z których jedno przy piersi ($1\frac{1}{2}$ roczniak), kwaterowała w Polskich folwarkach, także przedmieściu Kamieńca, gdzie dyfteryi dotąd niepostrzegano. Otóż odwiedziła ona chorą siostrę, przepędziła w jéj pokoju najwięcéj minut dwadzieścia, powróciła do siebie zupełnie zdrowa, ale już w kilka godzin dostała lekkiéj nieżytowéj anginy, nad ranem zachorował osesek na błonicę dławcową i umarł po upływie doby; jeszcze go niepochowano, kiedy zapadła sześcioletnia dziewczynka i ta w 48 godzin życie skończyła; trzecie czteroletnie dziecko, chorowite, wątłe, zołzowe, niedokrewne, nieuległo chorobie; matka wyzdrowiała, ale stała się jakby przenosicielką zarazy, bo ta ostatnia przywieziona przez nią wytworzyła rodzaj ogniska, z którego rozszerzyła się choroba po całéj dzielnicy; po zgonie dziatwy uległa rozmaitym formom błonicy służba: dwie dziewczyny, kucharka, stróż, furman, potém sąsiedzi itd. itd. Następujący przypadek jeszcze wybitniejszy. Podczas epidemii panującéj w Braże nad Dniestrem u zamożnego gospodarza umarło dziecko w izbie, gdzie leżał nieboszczyk, pieczono kołacze dla poczczenia gości sproszonych na stypę, co przedniejsze z nich odesłano parochowi; po spożyciu pieczywa córka tego ostatniego i dwie służące uległy błonicy, tamta pięcioletnia rychło umarła, ostatnie, starsze przyszły do zdrowia. Jeszcze jedno postrzeżenie. Szpital, w którym ordynuję, liczy 30 łóżek, a pacy-

jenci — to wychowańcy jednego z wyższych zakładów naukowych. W październiku 1877 r. wybuchła między nimi dyfteryja, nie silna, przeważnie formy nieżytowéj, a że szkoła nie miała młodszych uczniów nad lat 16, więc się nie bardzo obawiałem złych następstw; w ciągu dwóch miesięcy nali czyłem 37 chorych, pomieszczeni oni byli w osobnéj sali, mieli odrębną pościel, bieliznę, szlafroki. Na początku grudnia zaraza ustała zupełnie w szpitalu i zakładzie; salę szpitalną, gdzie pomieszczono błonicowych, przewietrzono, rzeczy uległy okadzaniu siarką, desinfekcyi. Naraz około 28 grudnia znowu występuje choroba, ale w sposób niezwykły; oto ulegają jéj właśnie tylko wychowańcy przybywający do szpitala z innemi niedomaganiami (*bronchitis, diarrhoea, rheumatismus* itd.) i to po kilkodniowém w niém przebywaniu. Przekonałem się w rychle, że przyczyną tego było używanie przez nich kołder i szlafroków, które przedtém nosili dotknięci błonicą chorzy, a z usunięciem przyczyny i sprawa dyfterytyczna ustała.

(Dokończenie nastąpi.)

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Deputacyja kolegijum doktorów wiedeńskich (*med. Doctorencollegium*) złożone z prezesa radzcy dworu Dra Schmerlinga, wiceprezesów i sekretarza, miała w dniu 2 bm. audyjencyję u ministra spraw wewnętrznych, celem przedłożenia uchwały prawie jednomyślnie zapadłéj w tém kolegijum, oświadczającéj się stanowczo przeciw utworzeniu Izb lekarskich.

Statystyka epidemij. W 2 tygodniu rozszerzyła się bardziéj ospa w Londynie, umarło 8, leczyło się w szpitalach 77, świeżo zapadło 30. I w innych miastach wzmogła się ospa. W Wiedniu umarło 8, w Pradze 6, w Petersburgu 6, w Barcelonie 10, w Bukareszcie 32, w Paryżu 64. Odra panuje w Amsterdamie, w Kopenhadze i Liwerpolu. Dur brzuszny pojawiał się częściéj w Barcelonie i Petersburgu, malaria w Rzymie. Z duru osutkowego umarło w Londynie i Kopenhadze po 2, w Petersburgu 8. W tygodniu 3 umarło w Krakowie 7 z ospy, 1 z płonicy, 1 z gorączki połogowéj a doniesiono w tymże tygodniu o 17 przypadkach ospy (10 w wojsku, na Smoleńsku pod L. 50 i 592, w ul. Lubicz L. 106, w ul. Różannéj 412, w ul. Floryjańskiéj 324, w ul. św. Katarzyny L. 67, w szpitalu św. Ludwika) 2 ospicy (w ul. Batorego L. 93, w ul. Bożego Ciała 317); 3 ospianki (3 w ul. Szewskiéj L. 321); 1 płonicy (w ul. Zwierzynieckiéj L. 30), 1 czerwonki (w wojsku).

Statystyka epidemij. W tygodniu 3 ospa nieco się zmniejszyła w Londynie, umarło 4, leczyło się w szpitalach 75, świeżo zapadło 8. W roku 1879 umarło w Londynie z ospy razem 458, względnie 2544 i 1416 w latach dwóch poprzednich, czyli umarło 126 na milijon mieszkańców a 410 średnio w ostatnich 42 latach 1838/79. W 16 latach 1838/53 umierało średnio 512 na milijon zaś w ciągu 26 lat 1854/79, odkąd szczepienie jest przymusowe (*obligatorisch*) umierało rocznie średnio 348 Bardzo rozszerzyła się ospa w Bukareszcie, gdzie umarło 44 i w Paryżu, gdzie umarło 61. W Wiedniu umarło 9, w Pradze 4, w Barcelonie 16, w Wenecyi i Petersburgu po 3. Płonica zabrała więcéj ofiar w Londynie, Liwerpolu, Bukareszcie; odra w Londynie i Amsterdamie a nieco mniéj w Kopenhadze i Liwerpolu. Dur brzuszny, powrotny i skórny częściéj się pojawiał w Petersburgu.

W tygodniu 4 umarło w Krakowie: 7 z ospy, 1 z płonicy, a doniesiono w tymże czasie o 14 przypadkach ospy, 4 ospicy, 1 ospianki, 5 dławca, 3 płonicy, 1 róży.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu drugim umarło na 1000 i rok w Krakowie 42,5; we Lwowie 32,9; w Warszawie 25,8; w Poznaniu 22,6; w Wiedniu 30,5; w Pradze 41,0; w Tryjeście 40,2; w Genewie 24,2; w Brukselli 21,9; w Paryżu 28,1; w Berlinie 25,2; w Mnichowie 32,8; w Wrocławiu 26,2; w Dreznie 26,3; w Lipsku 27,5; w Londynie 25,0; w Kopenhadze 27,6; w Chrystyjanii 12,1; w Petersburgu 41,9; w Odessie 36,9; w Wenecyi 57,3; w Bukareszcie 46,2; w Barcelonie 46,3; w Aleksandryi 41,9; w Nowym Yorku 22,8; w Madrasie 34,2.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 3 umarło na 1000 i rok w Krakowie 31,8; we Lwowie 31,5; w Warszawie 20,1; w Poznaniu 19,0; w Wiedniu 28,5; w Budapeszcie 34,0; w Pradze 37,5; w Tryjeście 36,1; w Berlinie 25,5; w Wrocławiu 29,2; w Mnichowie 34,4; w Dreznie 20,8; w Lipsku 26,2; w Bazylei 32,7; w Brukselli 24,3; w Paryżu 33,2; w Londynie 24,6; w Kopenhadze 24,4; w Stokholmie 24,2; w Chrystyjanii 17,9; w Petersburgu 44,7; w Odessie 33,7, w Rzymie 41,1; w Wenecyi 44,0; w Bukareszcie 52,0; w Barcelonie 41,5; w Aleksandryi 34,6; w Nowym Yorku 23,7; w Bombayu 34,9; w Madrasie 39,2. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 4 lutego. Z bióra oddziału żółkiewskiego Tow. lekarzy galicyjskich otrzymaliśmy odezwę, wystósowaną do biór reszty oddziałów tegoż Towarzystwa, a podpisaną przez przewodniczącego sekcyi żółkiewskiéj Dra Steinhausa i sekretarza Spiegla, z prośbą o umieszczenie jéj w Przeglądzie Lek. Brak miejsca nie dozwala nam umieścić w całości odezwy obszernéj, dlatego ograniczamy się do podania jéj treści. Sekcyja żółkiewska na posiedzeniu swém w d. 21 stycznia odbytém uchwaliła w uznaniu zasług protomedyka Biesiadeckiego koło rozwoju Towarzystwa lekarzy galic. zamówienie w litografii Salba w Krakowie portretu jego, na wzór portretów Majera i Skobla. z polecenia Tow. lek. krak. wykonanych. Egzemplarz kosztować będzie 2 zlr. w. a. a nadwyżka z rozprzedaży przeznacza się na fundusz żelazny dla wdów i sierót po lekarzach galicyjskich. Sekcyja wzywa do licznego udziału w prenumeracie. — Ze względu na cel tak chwalebny Administracyja Przeglądu Lek. gotową jest do przyjęcia zamówień.

* Prof. Dr. Korczyński, dziekan Wydziału lek., mianowany został członkiem honorowym serbskiego Tow. lekarskiego w Białogrodzie.

* **Warszawa**. Oprócz Dra Podowskiego obchodzili temi dniami jubileusz 50 letni zawodu lekarskiego Drowie Dudrewicz i Klecki (pierwszy wychowaniec Uniw. Jagiell., ostatni warszawskiego). (*Medycyna*).

* **Praga czeska**. Towarzystwo lekarzy czeskich uchwaliło sporządzić tablicę marmurową z popiersiem Purkyniego i umieścić takową na domu, w którym dawniéj mieścił się zakład fizyjologiczny, a w którym przez lat wiele pracował zasłużony ten uczony.

* Na posiedzeniu Stowarzyszenia lekarsko-przyrodniczego w Insbruku z d. 29 stycznia rb. Komisyja wyznaczona do zbadania sposobu leczenia suchót za pomocą będźwinianu sodowego zdała sprawę i doszła do wniosku, że stósowanie tego środka nie prowadzi do takiego rezultatu, jakiego spodziewano się po doświadczeniach Schüllera na królikach. U jednego tylko chorego widziano przemijające polepszenie co do niektórych objawów. Prof. Rokitansky obecny na tém posiedzeniu oświadczył, że zgadza się z wnioskami Komisyi i żałuje, że zawczasu nie sprostował przesadnego przedstawienia rzeczy ze strony asystenta swego Dra Kroczaka. (*W. med. Presse* Nr. 5).

* **Mianowania i odznaczenia**. Docent prywatny Dr. Küstner w Jenie mianowany został profesorem nadzw. — W wydziale lek. w Lille mianowani zostali: Puel profesorem anatomii opisowéj, Kelsch prof. anatomii patologicznéj, a Dr. Castiaux prof. medycyny sądowéj.

* **Wiadomości osobowe**. Stopień Dra w. n. lek. w Uniw. Jagiell. otrzymał w d. 30 stycznia rb. p. Gabryjel Sysak z Oświęcima.

* **Nekrologija**. W Kairze umarł Dr. Reil-bey, lekarz przyboczny wicekróla, w Paryżu Dr. Ludwik Lemaire, znany z wykładów o chorobach serca. — We Wrocławiu umarł Dr. Julijusz Hodann, prymaryjusz szpitala WW. Świętych, licząc lat 64. — W Londynie umarli: Dr. Edward Seaton prezes tow. epidemijologicznego i naczelny lekarz służby zdrowia i Lockhart Clarke, lekarz szpitalny.

*** Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 5: Heringa: O nowszych sposobach badania i leczenia chorób jam nosowych; Sznabla: Choroba skórna zwana „Uta,“ stale panująca w północno-wschodniém Peru.

Redakcyja otrzymała:

Rivista sperimentale di medicina legale, Anno V, Fascicolo IV, Reggio-Emilia, 1880.

Prof. Dr. C. Gussenbauer. Ueber den Mechanismus der Gehirnerschütterung. (Separatabdruck aus der Prager. Med. Woch. 1880, Nr. 1—3), w 8ce, str. 20.

Piśmiennictwo lekarskie. ARLOING S. Recherches expérimentales comparatives sur l'action du chloral etc. gr. 8. Paris, Masson. Fr. 5.

ARNOZAN. Étude expérimentale sur les actes mécaniques du vomissement. 8. Paris, Delahaye. Fr. 3.

AUGAGNEUR. Étude sur la syphilis héréditaire tardive. 8. Paris, Baillière et fils. Fr. $2\frac{1}{2}$.

BARD. De la Phthisie fibreuse chronique. 8. Paris, Baillière et fils Fr. $3\frac{1}{2}$.

BARDELEBEN A. Lehrbuch d. Chirurgie u. Operationslehre. M. zahlr. Holzschn. 8. Ausg. 1. Bd. gr. 8. Berlin, Reimer. M. 9.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.